FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N° 345

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 juillet 1907, à 1 heure

Par Joseph THEVENIN

Né à Ceffonds (Hte-Marne), le 3 janvier 1880
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Ancien interne de l'Hôpital Péan
Médaille de bronze de l'Assistance publique

SYNDROME CHOLÉCYSTIQUE

ET

SYNDROME APPENDICULAIRE

Président : M. JOFFROY, *professeur.*
Juges : MM. BRISSAUD, *professeur.*
TEISSIER, CLAUDE, *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. DEBOVE.

Professeurs..... MM.

Anatomie	N...
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	N... / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N...
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. / TERRIER. / BERGER. / RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. / N...
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.	MM	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUPRE.	LEGUEU.	RÉNON.
BEZANÇON.	DUVAL.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	RIEFFEL. *Chef des travaux anatomiques*
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBÉ.	MÉRY.	WALLICH.
CUNÉO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	

Secrétaire de la Faculté: M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur Charles THEVENIN

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JOFFROY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE

LE PROFESSEUR P. BUDIN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE Dr ANDRÉ PETIT

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU.

M. LE Dr LANNELONGUE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN HONORAIRE DES HÔPITAUX
MEMBRE DE L'INSTITUT
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. LE Dr VILLEMIN

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BRETONNEAU.

M. LE Dr ACHARD

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL NECKER.

M. LE Dr SCHWARTZ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN.

M. LE Dr LE GENDRE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE.

Nous tenons à remercier M. le Dr Le Gendre qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et à lui dire quel excellent souvenir nous gardons de l'année passée dans son service et non seulement de l'instruction, mais de l'éducation médicale que nous y avons reçues.

Nous avons été très touché de l'intérêt que nous a toujours témoigné notre compatriote M. le Dr Tapret, médecin de l'hôpital Lariboisière. Nous le remercions bien sincèrement des bons avis qu'il nous a si souvent donnés.

Nous remercions également MM. les Drs Brochin et Rousseau, chirurgiens de l'hôpital Péan, de l'enseignement pratique qu'ils nous ont donné et de la confiance qu'ils nous ont marquée.

Enfin nous devons une marque toute particulière de reconnaissance à M. le professeur Joffroy qui a su faire profiter le fils de l'amitié qu'il avait pour le père, en l'aidant pendant tout le cours de ses études de ses conseils et de ses encouragements et en acceptant la présidence de cette thèse.

A tous, nous demandons de ne pas considérer comme une formule banale l'expression de nos remerciements.

INTRODUCTION

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier des cas dans lesquels les deux syndromes cholécystique et appendiculaire peuvent coexister ou se succéder, et nous chercherons l'explication de leurs rapports réciproques.

Ces deux syndromes sont généralement assez nets. En effet, en présence des deux tableaux cliniques suivants, le médecin pose sans hésitation un diagnostic qui ne peut que recevoir dans la suite une entière confirmation.

Un malade est pris brusquement trois ou quatre heures après le repas du soir d'une douleur très vive occupant l'hypocondre droit, accompagnée souvent de frissons intenses et répétés. Cette douleur spontanée présente son maximum d'acuité au niveau de la vésicule biliaire (point cystique de Flemming) et de là s'irradie vers le haut du corps : à l'épigastre, à l'épaule droite et aussi parfois à l'omoplate, au sein et suivant le trajet du phrénique. Elle est exacerbée par la pression, mais cependant elle peut être calmée par une pression douce et large.

La durée de la crise est de six à douze heures ; elle présente une série de phases paroxystiques alternant avec des phases de rémission et cesse brusquement.

Pendant ce temps l'abdomen est ballonné ou rétracté. Souvent il y a de l'hyperesthésie et de la défense musculaire. Les troubles digestifs sont constants : nausées, ho-

quets, vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux, puis bilieux, anorexie, constipation.

La température est normale ; cependant, d'après Fürbringer, il y aurait souvent une légère ascension au moment de l'accès. Parfois se produit la fièvre hépatalgique de Charcot : température à 40° et plus, durant quelques heures avec frissons et sueurs.

L'état général ne présente rien de spécial, sauf dans les cas plus accusés qui peuvent s'accompagner de symptômes péritonéaux.

Autre cas :

Il s'agit d'un malade qui a été pris d'une douleur brusque et violente, *en coup de pistolet*, siégeant à la fosse iliaque droite et tendant à s'irradier à tout l'abdomen, s'atténuant à mesure qu'elle se généralise.

L'abdomen est légèrement ballonné. La palpation au niveau de la fosse iliaque droite permet de constater la triade douloureuse de Dieulafoy : hyperesthésie cutanée, défense musculaire, douleur à maximum au point de Mac Burney. Elle donne en outre la sensation d'un gâteau situé derrière la paroi abdominale, dû à la tuméfaction périappendiculaire ; mais ce n'est que quatre ou cinq jours après le début des accidents qu'est constitué cet empâtement qui contribue avec la défense musculaire à empêcher la souplesse de l'abdomen du côté droit.

Le malade présente aussi des troubles digestifs ; vomissements plus fréquents le premier jour que les jours suivants, vomissements alimentaires, quelquefois bilieux, porracés et même brunâtres, fécaloïdes ; langue sale, anorexie, soif vive, constipation. Il peut y avoir émission de

gaz par l'anus, mais parfois il n'y a ni matières, ni gaz et le ventre est légèrement ballonné. Le facies est grippé, abdominal, le visage exprime la souffrance, les traits sont tirés, les yeux creux et cernés, le nez pincé.

La température qui s'est élevée brusquement oscille entre 38°5 et 39°, mais elle peut manquer dans certaines formes très toxiques. Le pouls est bien frappé, tendu, fréquent : 100 à 120 pulsations ; mais il peut être mou, irrégulier en même temps que très fréquent, c'est que l'on est en présence d'une forme grave à réaction péritonéale intense.

En présence des deux syndromes que nous venons de décrire, il est impossible au médecin de rester hésitant : le diagnostic de colique hépatique s'impose dans le premier cas non moins impérieusement que le diagnostic d'appendicite dans le second. Mais, en clinique, les syndromes ne se présentent pas toujours aussi typiques, aussi schématiques, pourrait-on dire. Les localisations de la douleur sont loin d'être toujours aussi précises. « On nous accordera aisément, dit Tripier au sujet de la colique hépatique, que les points douloureux classiques sont ceux que l'on observe le moins souvent. » D'autre part, le point de Mac Burney peut se trouver en défaut (1). Appendicite et colique hépatique présentent bien des irradiations douloureuses communes. De plus, il y a des sujets chez qui la vésicule descend jusqu'au contact du cæcum ; il y en a d'autres chez qui l'appendice remonte derrière le cæcum jusqu'au foie ; c'est alors que la localisation de la douleur et

(1) Paul Delbet, 2 *fois sur* 39 *cas d'appendicite* (XIVe Congrès de Chirurgie, octobre 1901).

le siège de la tuméfaction ne peuvent servir à établir le diagnostic. Dans les deux syndromes même bien caractérisés, il y a nombre de symptômes communs : troubles digestifs, défense musculaire, etc. En outre, le syndrome péritonitique peut se rencontrer également dans l'un et dans l'autre.

Aussi devons-nous faire la remarque qu'à mesure que nous nous éloignons en clinique des formes schématiques, nous pouvons constater des symptômes communs plus nombreux, donc moins de caractères différentiels, et, par conséquent, sommes exposés davantage à trouver des causes d'hésitation dans le diagnostic, de sorte qu'il est parfois difficile de savoir si l'on est en présence de l'un ou de l'autre syndrome ou de tous les deux réunis. C'est dans ce dernier cas que le diagnostic pourra être particulièrement difficile si l'on n'a pas présent à l'esprit que ces deux syndromes peuvent coexister chez le même sujet.

Le but des pages qui suivent est précisément de constater que cette association existe et n'est pas purement fortuite, et d'en rechercher les causes.

CHAPITRE PREMIER

VÉSICULE BILIAIRE ET APPENDICE ILÉO-CÆCAL. — CONNEXIONS ANATOMIQUES ET PATHOLOGIQUES

Est-il surprenant que le syndrome appendiculaire et le syndrome cholécystique aient des caractères communs et puissent être associés ? — Non, puisque les organes dont ils traduisent l'état pathologique ont des connexions anatomiques et sont soumis à des causes pathologiques semblables, communes, pouvant agir simultanément ou successivement sur l'appendice et sur la vésicule.

Qu'il nous suffise de considérer les similitudes des deux organes et leurs connexions anatomiques et de passer en revue les affections susceptibles de retentir sur l'un et sur l'autre.

La vésicule biliaire et l'appendice vermiculaire sont tous deux des diverticules de l'intestin, l'un de l'intestin grêle, l'autre du gros intestin. *Embryologiquement*, le foie se forme dans le mésentère ventral. Il consiste primitivement en une évagination en forme de gouttière longitudinale qui procède de la paroi ventrale du duodénum. On y distingue bientôt une partie antérieure ou *ébauche hépatique* et une partie postérieure ou *ébauche cystique*, celle-ci devant donner naissance à la vésicule biliaire et à son conduit excréteur. Il n'est pas besoin d'autre part d'insis-

ter sur l'embryologie de l'appendice, diverticule de l'intestin lui aussi, dérivant du feuillet interne comme l'intestin et comme le cholécyste et développé comme ce dernier dans le mésentère.

Au point de vue anatomique, nous voyons que vésicule et appendice sont tous deux disposés en cul-de-sac. La lumière de l'appendice est étroite et peut encore être rétrécie par certaines coudures et torsions de l'organe. De même la paroi interne du canal cystique présente des saillies, *valvules de Heister*, très nombreuses chez certains sujets. Cette disposition est éminemment favorable à l'exaltation de virulence des infections. Remarquons en outre que l'appendice et la vésicule ont leur muqueuse en continuité avec les muqueuses cæcale et duodénale et que ces deux organes sont également recouverts d'une tunique séreuse qui n'est autre que le feuillet viscéral du péritoine.

Mais ces deux diverticules de l'intestin n'ont pas seulement une analogie de forme, ils sont de plus unis l'un à l'autre par des intermédiaires qu'il est intéressant de rechercher, car ce sont ces intermédiaires qui, logiquement, doivent être le substratum anatomique de l'affection qui pourra atteindre les deux organes.

Intestin, péritoine avec ses lymphatiques, appareil circulatoire, telles sont les trois voies susceptibles d'expliquer la communauté, la simultanéité d'infection vésiculaire et appendiculaire.

Parmi ces liens anatomiques, l'intestin paraît devoir être placé en première ligne. Vésicule et vermis en sont, comme nous l'avons dit, des diverticules ; aussi toute infection intestinale semble pouvoir retentir sur eux, sur

l'appendice cependant plus que sur la vésicule. En effet, l'appendice déjà septique normalement est moins défendu contre l'infection intestinale à cause de la stagnation des matières dans le cæcum ; — et, d'autre part, la chasse biliaire contrarie la pénétration des microbes intestinaux dans la cavité de la vésicule qui normalement est aseptique. Seulement il arrive que la vésicule se trouve en état de moindre résistance contre l'infection dans les états dépressifs comme l'état typhique et dans les cas de suppression de la chasse biliaire : ainsi dans l'acholie de l'entéro-colite muco-membraneuse. Cet état de moindre résistance correspond précisément à l'exaltation de virulence des microbes intestinaux.

Nous venons de nommer la fièvre typhoïde et l'entéro-colite muco-membraneuse : ce sont, en effet, les deux causes principales plus ou moins éloignées ou immédiates de la cholélithiase et de l'appendicite d'origine intestinale.

On peut, dit Gilbert, au point de vue pathogénique, diviser la lithiase biliaire en deux grands groupes : *lithiase colibacillaire* et *lithiase typhique*.

Par l'injection de cultures du bacille d'Eberth dans le canal cholédoque du lapin, MM. Gilbert et Dominici ont réalisé l'infection biliaire et provoqué la production d'angiocholites et de cholécystites caractérisées (1). Ensuite MM. Gilbert et Fournier ont réussi à obtenir des concrétions biliaires chez le lapin à la suite d'une infection expérimentale de la vésicule par injection d'une culture de bacille d'Eberth. Au bout d'un mois et demi, ils consta-

(1) *Société de biologie*, 23 décembre 1893.

tèrent la présence dans la vésicule de deux concrétions qu'ils considèrent comme la première phase du développement des cholélithes. La bile et le centre de l'une de ces concrétions contenaient à l'état pur le bacille typhique (1).

M. F. Bezançon relate une observation de cholécystite éberthienne sans symptômes caractéristiques de dothiénentérie autres que la diazo-réaction d'Ehrlich et le sérodiagnostic de Widal (2), et M. Legendre rapporte une observation analogue (3). Ces observations ont la même signification et la même valeur que les expériences de M. Gilbert ; elles prouvent que la cholécystite et la cholélithiase peuvent avoir pour cause l'infection de la vésicule par le bacille d'Eberth. Mais ni les unes ni les autres ne prouvent que cliniquement cette infection des voies biliaires soit ascendante, c'est-à-dire qu'elle puisse avoir pour point de départ l'infection intestinale. Cependant d'autres observations nombreuses viennent confirmer cette pathogénie.

D'abord il y a des cas où la vésicule déjà lésée antérieurement est particulièrement exposée aux infections. M. Lejars rapporte un cas de cholécystite calculeuse ancienne latente, infectée et suppurée au cours de la fièvre typhoïde (4), cette cholécystite s'étant accusée brusquement pendant la convalescence par des réactions septiques suraiguës. M. Lejars fait remarquer à ce sujet que l'infection vésiculaire par le bacille d'Eberth est loin d'être rare,

(1) *Société de biologie*, 30 octobre 1897.
(2) *Société médicale des hôpitaux*, 29 novembre 1901.
(3) *Société médicale des hôpitaux*, 9 décembre 1901.
(4) *Semaine médicale*, 1906, p. 301.

qu'elle peut persister fort longtemps et que certaines cholécystites survenant même plusieurs années après une dothiénentérie relèvent en réalité de cette origine lointaine. Nous trouvons en effet, à l'appui de cette opinion, la communication de M. Ramond à la Société de biologie (9 janvier 1897),de l'observation d'une angio-cholécystite à bacilles d'Eberth, dont les accidents survenus immédiatement après la dothiénentérie ont persisté pendant 6 ans jusqu'à l'intervention chirurgicale qui montra la vésicule contenant de la bile séro-purulente et six calculs. Les ensemencements révélèrent la présence du bacille d'Eberth à l'état de pureté.

M. Galliard rapporte également l'observation d'une femme, ayant eu antérieurement des coliques hépatiques, qui a été prise, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, de cholécystite aiguë avec 40° et au-dessus. Intervention : pus mélangé à la bile et calculs biliaires dans la vésicule (1).

Donc, la fièvre typhoïde peut provoquer la cholécystite dans une vésicule déjà atteinte de cholélithiase. Peut-elle être la cause de la cholélithiase elle-même ? A cette question nous ne pouvons mieux répondre que par des faits. D'abord ce fait rapporté par MM. Gilbert et Girode (2) : Il s'agit d'une femme de 45 ans, ayant été atteinte d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, au cours de laquelle on avait trouvé une tuméfaction correspondant à la vésicule distendue. Or quoique cette tuméfaction eût diminué pendant la convalescence, la malade fut atteinte cinq mois

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 17 novembre 1905.
(2) *Société de biologie*, 2 décembre 1893.

après sa fièvre typhoïde d'une cholécystite calculeuse : cholécystectomie, un gros calcul, bile purulente, paroi vésiculaire enflammée, présence de bacilles d'Eberth en culture pure.

MM. Gilbert et Fournier ont observé à l'hôpital Tenon une femme qui, soignée d'abord pour une fièvre typhoïde, rentra deux mois après à l'hôpital pour une *première crise* de coliques hépatiques (1). Enfin M. Schwartz présenta à la Société de chirurgie (10 juillet 1901) une femme de 41 ans qui, à la suite d'une fièvre typhoïde eut des accidents de lithiase biliaire avec rétention intermittente. Cholédocotomie : un calcul dans le cholédoque.

Ces observations montrent que la fièvre typhoïde peut être une cause et une cause assez fréquente de la cholélithiase, quel que soit le mode de formation des calculs, que ce soit par l'unique présence dans la vésicule des bacilles qui seraient comme un centre de cristallisation pour certains éléments de la bile, que ce soit par l'action sur la bile des sécrétions de la paroi vésiculaire enflammée, que ce soit par une modification de la composition chimique de la bile par suite du trouble de la nutrition dû à la maladie elle-même, mais plutôt par toutes ces causes réunies.

Et maintenant, y a-t-il des rapports de cause à effet entre la dothiénentérie et l'appendicite ? Nous laissons de côté naturellement les cas où la douleur iliaque de la fièvre typhoïde *simule* l'appendicite (Observations de Moizard, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juillet 1899, p. 485 ; de Maurange, *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 28 septembre 1899,

(1) *Société de biologie*, 21 juillet 1894

p. 925 ; de Rendu, *Clinique médicale*, *Semaine médicale*, 1901, p. 41, etc.). Mais nous voulons parler de l'appendicite vraie, que ce soit une appendicite banale favorisée par l'infection intestinale éberthienne ou une appendicite essentiellement typhique. Les deux sont aussi intéressantes puisque, en dernière analyse, la cause est la même : la *dothiénentérie*, et l'effet le même : l'*appendicite*.

La fièvre typhoïde seule, dit M. Routier (1), peut provoquer l'appendicite par des lésions de voisinage ou par des lésions folliculaires dans l'appendice lui-même. MM. Stokes et Amick (2) ont publié le fait d'une appendicite typhoïdique primitive sans autres lésions intestinales. Il s'agit d'un étudiant en médecine âgé de 24 ans, qui avait eu une dothiénentérie très grave à l'âge de 11 ans, et qui fut pris brusquement de douleurs violentes et d'abord généralisées à tout l'abdomen, puis localisées à la fosse iliaque droite, avec nausées, vomissements et légère diarrhée. Température de 37°7 à l'entrée à l'hôpital et qui retomba à la normale aussitôt après l'excision de l'appendice. De celui-ci on isola deux microorganismes : le bacille pyocyanique et le bacille d'Eberth ; par contre on ne trouva pas de colibacille. On remarqua spécialement des altérations prolifératives dans les espacees lymphatiques et la couche sous-muqueuse , semblant dues au bacille typhoïdique. Huit jours après l'intervention, le sérum sanguin du patient agglutinait le bacille d'Eberth isolé de l'appendice. Les auteurs pensent à cause du retour rapide à la normale de la température que l'infection typhoïdique était limitée

(1) *Société de Chirurgie*, 30 décembre 1896.
(2) *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, août 1905.

à l'appendice. Ce fait est à rapprocher des cas de cholécystite éberthienne sans dothiénentérie signalés plus haut.

Lejars cite (*Semaine médicale*, 1906, p. 519), de Murphy les deux observations suivantes de fièvre typhoïde et *appendicite typhique*.

Observation I

Fièvre typhoïde et appendicite typhique.

Une femme de 22 ans souffre de maux de tête et de malaise général depuis 5 jours sans être forcée de garder le lit, lorsqu'elle est prise de violentes douleurs dans le ventre avec une forte tension dans la fosse iliaque droite et vomissements : la température monte à 40°. On fait le diagnostic d'appendicite et l'on opère immédiatement. L'appendice est double de sa grosseur normale, sans perforation ; sur l'iléon on trouve un certain nombre de plaques de Payer en voie d'ulcération typhoïdique. La malade fait une fièvre typhoïde typique et guérit. A l'examen microscopique, l'appendice montre des lésions typhiques classiques.

Observation II

Fièvre typhoïde et appendicite typhique.

Une femme souffre depuis 4 jours de la tête et du dos, lorsqu'elle se met à vomir et à éprouver des douleurs très aiguës dans le ventre. Vingt-quatre heures après, la sensibilité était des plus vives sur toute la surface de l'abdomen, particulièrement dans la fosse iliaque droite ; il n'y a pas d'induration, mais de la résistance musculaire au niveau de la région de l'appendice. On porte le diagnostic d'appendicite aiguë infectieuse, et l'on opère le cinquième jour. L'appendice est distendu près de son attache cæcale ; son extrémité contient un liquide muco-purulent, son bout central est ulcéré. L'iléon montre de nombreuses plaques typhiques. L'opération est suivie de l'évolution d'une fièvre typhoïde régulière qui guérit. A l'examen microscopique, l'ulcération de l'appendice paraît être nettement typhique.

Dans le même article, Lejars cite une observation personnelle de fièvre typhoïde avec *appendicite banale*.

Observation III

Fièvre typhoïde et appendicite banale.

Une jeune femme me fut envoyée à la maison Dubois en 1899 : elle avait tous les signes d'une appendicite subaiguë, mais des mieux caractérisées, de la douleur au point de Marc Burney, de la défense de la paroi et une certaine zone de résistance profonde dans la fosse iliaque, le ventre peu distendu, quelques nausées, une température de 38°5, un pouls très bien frappé, à 100; je ne vis pas d'indication à opérer d'emblée, et, dès le lendemain, nous fûmes frappés de l'apparence « absorbée » de la malade ; elle ne dormait pas, elle se plaignait de la tête, elle répondait à peine aux questions ; je fis faire la séro-réaction, elle fut positive. Transportée dans le service de mon collègue M. Widal, notre malade eut une dothiénentérie typique, tout à fait régulière, sans complications et sans que la localisation appendiculaire donnât de nouveaux accidents ; ce fut au cours de la convalescence que la température remonta brusquement et que la douleur iliaque reprit une acuité particulière, j'intervins alors, je trouvai une appendicite suppurée bien enkystée et d'aspect tout à fait banal. La guérison eut lieu sans incidents.

Nous tenions à rapporter ces diverses observations pour bien montrer la relation possible de cause à effet de la fièvre typhoïde avec la cholélithiase et avec l'appendicite.

Nous retrouvons cette même relation entre l'entéro-colite muco-membraneuse et les deux affections qui nous intéressent.

Dans l'entéro-colite les dépôts muco-membraneux sont riches en bacilles de toutes sortes dont l'association exalte la virulence ; toutefois c'est le colibacille qui domine. Or

le colibacille doit être considéré comme « le grand parasite des voies biliaires » (Gilbert). De nombreuses observations sont là pour le démontrer. Parmi d'autres, nous avons remarqué deux observations d'angiocholite et de cholécystite colibacillaires communiquées par MM. Gilbert et Dominici à la Société de biologie (20 janvier 1894).

M. Lejars rapporte (1) l'observation d'un homme de 25 ans souffrant depuis longtemps de crises très vives dans la région du foie, survenant après les repas. Ces accidents s'étaient accentués depuis plusieurs mois, quand après une crise qui durait depuis 5 jours, le malade entra à l'hôpital. Il présentait un ensemble de symptômes : douleurs à l'hypocondre droit, vomissements, teinte subictérique, selles décolorées, fièvre, etc., qui firent porter le diagnostic d' « angiocholécystite infectieuse, d'origine probablement lithiasique ». La cholécystostomie permit de constater qu'il n'y avait aucun calcul. L'examen bactériologique de la bile pratiqué dès le jour de l'intervention montra qu'il s'agissait d'une infection par le bacterium coli à l'état de pureté absolue. Un mois après le liquide s'écoulant par la fistule ne contenait encore que du colibacille. Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre la possibilité de l'infection chronique des voies biliaires par le colibacille en dehors de tout état lithiasique.

MM. Gilbert et Fournier (2), dans un cas d'angiocholite infectieuse oblitérante avec cirrhose biliaire hypertrophique chez une femme qui avait eu antérieurement des crises de coliques hépatiques, firent une ponction du

(1) *Société de chirurgie*, 17 mars 1897.
(2) *Société de biologie*, 10 juillet 1897.

foie qui permit de constater la présence du colibacille dans cet organe. A l'autopsie, même constatation et découverte d'un calcul du cholédoque oblitérant partiellement ce canal.

Chez deux malades atteintes de lithiase biliaire avec infection des voies biliaires, pour lesquelles M. Terrier dut pratiquer la cholécystostomie, les examens bactériologiques de la bile décelèrent la présence du colibacille (1).

M. Girode rapporte l'autopsie d'un cholélithiasique chez lequel il trouva un gros calcul dans une vésicule biliaire ratatinée et comprise dans une masse fibreuse inflammatoire qui allait enserrant le côlon, le duodénum et la tête du pancréas ; pus brunâtre dans les canaux biliaires intra-hépatiques et dans les canaux du pancréas ; collections purulentes au sein des adhérences. Tous ces divers foyers purulents contenaient à l'état pur le bacterium coli très vivace (2).

Potain fait remarquer combien souvent se rencontrent les crises de lithiase biliaire au cours de la colite. Parfois même les crises paroxystiques de l'entéro-colite alternent avec les coliques hépatiques. D'ailleurs la lithiase colibacillaire est, comme nous l'avons donné plus haut, l'un des deux groupes importants dans lesquels M. Gilbert range la lithiase biliaire.

M. W. Hunter (de Londres) donne un exposé de la pathogénie de la lithiase biliaire : la cholélithiase doit être attribuée à une infection des canaux et de la vésicule biliaires. Les affections catarrhales de la vésicule biliaire

(1) *Congrès français de chirurgie*, 1895.
(2) *Société de biologie*, 5 mars 1892.

en particulier favorisent la formation de cholélithes, car elles donnent naissance à une substance albuminoïde qui précipite la cholestérine et les sels biliaires. Quant aux angiocholites et cholécystites catarrhales elles sont évidemment favorisées par la stagnation de la bile, mais elles sont causées surtout par la pénétration des germes pathogènes venant de l'intestin : notamment le microbe de la fièvre typhoïde et le colibacille (1).

Et M. Gérard (2) conclut de ses expériences que le colibacille diminue la teneur de la bile en sels biliaires lesquels ne sont plus en quantité suffisante pour dissoudre la cholestérine qui se dépose alors et devient l'amorce d'un calcul.

L'acholie dans l'entéro-colite et la présence du colibacille, voilà réunies les deux causes prédisposante et déterminante de l'infection des voies biliaires et par conséquent de la formation des calculs. Ajoutons à cela, et nous y reviendrons plus loin, la prédisposition due à l'état chimique de la bile, particulier aux sujets atteints d'entéro-colite, c'est-à-dire aux neuro-arthritiques. Cette diathèse neuro-arthritique joue incontestablement un rôle important dans la corrélation de l'entéro-colite et de la cholélithiase. Froussard (3) croit même que la coexistence de la lithiase biliaire et de l'entéro-colite « n'est qu'une association morbide régie par l'arthritisme ». Et Vouzelle (4) marque l'importance de la diathèse neuro-arthritique : « Et de fait,

(1) Session août-septembre 1897 de l'Association médicale britannique.
(2) *Société médicale des hôpitaux*, 3 mars 1905.
(3) Froussard, Thèse de Paris, 1900, p. 78.
(4) Vouzelle, Thèse de Paris, 1899, p. 15.

si tous les malades atteints de lithiase biliaire sont, comme l'a remarqué Dieulafoy des arthritiques avérés, ils sont aussi tous atteints de colite muco-membraneuse. »

Mais il est un rapport inverse de la colite avec la lithiase, c'est-à-dire un rapport suivant lequel la lithiase au lieu d'être effet serait cause de l'entéro-colite. D'après les recherches de MM. Soupault et Jouaust (1), l'entéro-colite coïncide avec certaines affections abdominales dont elle suit les fluctuations en bien ou en mal. Ces auteurs signalent particulièrement la lithiase biliaire et croient pouvoir conclure qu'il s'agit d'un réflexe parti des organes en souffrance et aboutissant à l'intestin, y déterminant soit des troubles moteurs qui mettent obstacle à la circulation normale des matières, soit la sécrétion muqueuse par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs et excito-sécrétoires des glandes.

Passons maintenant aux rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite. Quoique discutés encore tout récemment, ils semblent indiscutables. M. Reclus (2), à propos de la pathogénie de l'appendicite, rappelle sa *théorie de la stagnation* : l'appendice est un diverticule de diverticule, un cæcum de cæcum ; dans cette fistule borgne interne la stagnation favorise les fermentations. Or l'entéro-colite est une de ces inflammations de voisinage particulièrement susceptibles de provoquer la pullulation microbienne dans l'appendice. Reclus cite l'exemple d'un médecin atteint d'entéro-colite et qui au bout de deux ans fut atteint d'une appendicite que l'on dut opérer. Et pour montrer l'in-

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 4 mars 1904.
(2) *Société de chirurgie*, 9 décembre 1896.

fluence des inflammations de voisinage sur l'exaltation de virulence des substances stagnant dans l'appendice, le même auteur cite le cas d'une colite mercurielle intense provoquée par un lavement de sublimé à dose concentrée. Tout symptôme de colite avait disparu depuis 12 jours lorsque survint une appendicite.

M. A. Robin (1) donne de l'appendicite et de l'entéro-colite une théorie pathogénique très séduisante. Pour lui, ces deux affections constituent deux modes de retentissement intestinal de l'hyperesthésie gastrique, l'appendicite étant liée à la coprostase cæcale, l'entéro-colite à la coprostase colique et iliaque ; aussi conçoit-on très bien la possibilité de coïncidence de ces deux affections chez un hypersthénique gastrique.

Froussard (2) après avoir examiné les opinions des divers auteurs sur les rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse conclut que l'entéro-colite doit compter parmi les causes pathogéniques possibles de l'appendicite et plus particulièrement de ses formes torpides, chroniques, à poussées peu intenses, subaiguës ; que cependant l'appendicite est encore relativement assez rare dans le cours de l'entéro-colite. Il explique cette rareté de la façon suivante : l'appendicite paraît liée surtout aux crises d'entéro-typhlo-colite, or ces dernières sont assez rares dans le cours de l'entéro-colite.

Quoi qu'il en soit, lapropagation de l'infection du cæcum vers l'appendice est admise par nombre d'auteurs, MM. Le Gendre, Talamon, Brun, Reclus, Mathieu, Siredey, etc. La colite muco-membraneuse peut déterminer

(1) *Académie de médecine*, 13 avril 1897.
(2) Froussard, *loc. cit.*

l'appendicite ; la plupart des auteurs cités en ont apporté de très nettes observations. En 1897, s'engagea à la Société des hôpitaux et presque simultanément à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie une importante discussion sur les rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse. Les deux théories opposées étaient représentées par MM. Dieulafoy et Reclus. Cette question vient d'être soulevée de nouveau par M. Dieulafoy à l'Académie de médecine (mai et juin 1906). M. Dieulafoy s'élève contre l'abus d'interventions pour ablation de l'appendice alors qu'il n'y a pas appendicite mais seulement typhlo-colite. Il en donne des observations et les considère comme des erreurs de diagnostic. Ce sont, dit-il, des malades atteints d'entéro-colite muco-membraneuse chez lesquels la typhlite est dominante et simule l'appendicite ; en réalité, dans ces cas l'appendice ne présente aucune lésion. Pour appuyer son opinion, M. Dieulafoy cite des observations où la typhlo-colite persista malgré l'ablation de l'appendice. M. Cornil répond que la communication et l'identité de structure du cæcum et du vermis font que le premier ne peut guère être altéré sans que l'autre le soit. Le diagnostic ne peut toujours se faire à l'œil nu, mais microscopiquement.

D'ailleurs M. Dieulafoy se retrouve, comme en 1897, en présence de M. Reclus qui affirme que toute inflammation de l'intestin envahit l'appendice où la virulence s'exalte : « Je croyais, je l'avoue, la question résolue depuis des années, je croyais admis par tous que les entérites, toutes les entérites, et, parmi elles, l'entéro-colite muco-membraneuse, ne s'arrêtent pas à l'insuffisante valvule de

Gerlach ; trop souvent elles envahissent l'appendice et trop souvent se cantonnent dans cet organe désastreux, ce cæcum de cæcum, ce diverticule de diverticule, ce cul-de-sac de cul-de-sac, cette fistule borgne interne qui semble uniquement créée pour exalter la virulence des germes. » A l'appui de ceci, M. Reclus apporte des observations personnelles et des observations de ses collègues. Pour répondre à l'objection de M. Dieulafoy que l'appendicectomie ne guérit pas la typhlo-colite, il dit que l'ablation de l'appendice n'a pas pour but de guérir la typhlo-colite, mais de « soustraire le malade atteint d'appendicite concomitante aux méfaits de cette appendicite ».

M. Richelot rappelle que l'entéro-colite peut avoir pour cause l'appendicite, de même qu'elle peut avoir pour cause une lésion de la vésicule biliaire, un rein mobile, etc. Reynier cite deux observations où l'entéro-colite a disparu après l'appendicectomie. M. Richelot fait remarquer que le danger de la théorie de M. Dieulafoy est de faire croire qu'on n'a rien à redouter de l'appendicite quand on a de l'entéro-colite muco-membraneuse.

M. Dieulafoy ne nie pas la coexistence d'appendicite et de typhlo-colite, mais il affirme que nombre de typhlo-colites n'ont pas été accompagnées d'appendicites et que l'appendicite microscopique est une fausse appendicite cliniquement inexistante, et il trouve la preuve de ses affirmations dans une statistique de Potain et dans une statistique personnelle où il semble bien s'appuyer un peu trop sur l'appréciation des malades eux-mêmes. M. Reclus de son côté, oppose aux statistiques de Potain et de Dieulafoy la statistique de Bernard (de Plombières) : 7 malades

opérés d'appendicite vraie pour 100 entéro-colitiques. Si chez ces opérés l'entéro-colite persiste, l'appendicectomie les a tout de même mis à l'abri des dangers de l'appendicite. Il semble qu'il soit bien prouvé que l'entéro-colite puisse déterminer l'appendicite et que la querelle Dieulafoy-Reclus se soit terminée à l'avantage de ce dernier, sinon par une entente cordiale, car M. Dieulafoy lui-même clôt la discussion en se félicitant de se trouver d'accord avec ses collègues, avec M. Reclus lui-même.

Nous venons de nous étendre sur les deux grandes causes intestinales de cholélithiase et d'appendicite. Il est bien évident que toute infection intestinale par des microbes autres que le bacille typhique et le coli-bacille est susceptible de retentir sur le cholécyste et sur le vermis. Si « toutes les entérites ne s'arrêtent pas à l'insuffisante valvule de Gerlach », elles ne s'arrêtent pas toujours non plus au canal cholédoque.

Le péritoine avec ses lymphatiques est une autre voie d'infection, un autre lieu d'altérations pouvant retentir sur les organes sous-jacents, sur la vésicule et sur l'appendice.

Pour MM. Tripier et Paviot (1), *les lésions des viscères abdominaux ne deviennent douloureuses que lorsque le péritoine qui les entoure est intéressé par un processus inflammatoire aigu ou subaigu, et la douleur est d'autant plus vive que l'exsudat liquide est moins abondant.* Cette

(1) Pathogénie péritonitique de la « colique hépatique » et des crises douloureuses épigastriques, *Semaine médicale*, 28 janvier 1903, et *La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire*, par Tripier et Paviot (*Encyclopédie Léauté*).

loi générale jette un jour tout nouveau sur la pathogénie de l'appendicite et de la colique hépatique. Ces auteurs font remarquer en effet que les lésions les plus prononcées de l'appendice dans la fièvre typhoïde, dans la tuberculose intestinale ne donnent lieu à aucune manifestation symptomatique particulière. Il ne faut pas confondre la pathogénie de l'inflammation de l'appendice ou appendicite proprement dite qui peut exister sans *colique*, avec la pathogénie de la crise appendiculaire. Celle-ci n'est due ni à l'introduction d'un calcul ou d'un corps étranger, ni à une obstruction quelconque de la cavité, ni aux phénomènes infectieux. Mais l'examen des appendices réséqués montre que la *crise appendiculaire est due à la péri-appendicite* qui existe dès les premières phases de la douleur et est constante dans la crise douloureuse, tandis que sont inconstantes les lésions des autres tuniques.

La crise appendiculaire s'accompagne d'ailleurs du syndrome péritonitique : nausées, vomissements, ballonnement du ventre, hyperesthésie, facies grippé, pouls filiforme, etc.

De même la *colique hépatique* n'est due ni à la présence d'un calcul, ni au spasme des voies biliaires, ni à une obstruction quelconque. En effet, l'ictère est le symptôme le plus inconstant de la colique hépatique ; il y a par contre des cas d'obstruction, de rétention biliaire, d'ictère chronique, d'hydropisie de la vésicule, de présence de calculs qui ne donnent aucune sensation analogue à la douleur de la colique hépatique. De plus, le spasme des voies biliaires qui dure pendant plusieurs heures est contraire à la physiologie des fibres lisses dont la contracture

est transitoire. Mais la colique hépatique s'explique par la *péricholécystite*, comme la crise appendiculaire s'explique par la périappendicite. Les phénomènes généraux qui l'accompagnent : nausées, vomissements, lipothymies, syncope, facies gris, traits tirés, pouls filiforme, sont bien des symptômes de péritonite.

Crise appendiculaire et colique hépatique ne sont donc pour MM. Tripier et Paviot que les manifestations de l'inflammation du péritoine périappendiculaire et périvésiculaire ; tandis que appendicite et cholélithiase peuvent passer complètement inaperçues si le péritoine n'est pas intéressé.

Les vaisseaux sanguins sont aussi un lien anatomique entre l'appendice et le cholécyste, en ce sens que dans une infection générale ils transportent des germes pathogènes pouvant se fixer à la fois sur les deux organes. D'ailleurs le processus pathogène peut être différent pour la production de l'appendicite et de la cholécystite. Une même infection peut provoquer directement l'appendicite, tandis qu'elle ne donnera lieu qu'indirectement à la cholécystite. « Dans les maladies infectieuses il faut tenir compte de l'atonie, de la parésie de l'appareil biliaire. Ce sont là des conditions très favorables à l'infection ascendante » (Gilbert). Mais aussi « l'envahissement microbien des voies biliaires se produit dans un très grand nombre d'états morbides légers ou graves lorsqu'ils s'accompagnent de troubles gastro-intestinaux qui accroissent singulièrement la vitalité et la virulence des micro-organismes du tube digestif. Il est enfin très fréquent au cours des maladies générales infectieuses, fièvre typhoïde, cho-

léra, pneumonie, tuberculose, grippe, paludisme, etc.» (1).

Dans des cas assez nombreux, la cholélithiase a pu être regardée comme consécutive à certaines maladies au premier rang desquelles il faut citer la fièvre typhoïde, la tuberculose, la grippe, les fièvres intermittentes, la pneumonie (Gilbert et Fournier). Ne peut-on en dire autant de l'appendicite ? M. Merklen (2) signale trois cas, observés par lui, d'appendicite précédée ou accompagnée des phénomènes généraux et des manifestations catarrhales de la grippe. Pour lui, la grippe n'est qu'une cause occasionnelle de l'appendicite : elle ne la crée pas de toutes pièces ; elle ne fait qu'exalter la virulence des germes contenus à l'état normal dans l'intestin. M. Faisans admet que la grippe est la véritable cause de l'appendicite, et, la preuve en est dans la fréquence extraordinaire de l'appendicite depuis les épidémies de grippe, et dans sa recrudescence avec chaque nouvelle épidémie (3). Pour M. Kelsch (4) comme pour M. Lucas-Championnière, l'appendicite est la localisation secondaire restreinte d'une infection générale et notamment de la grippe. C'est aussi l'opinion de M. Jalaguier : « Plus j'étudie l'appendicite, dit-il, plus je tends à la considérer, dans certains cas au moins, comme la manifestation locale d'une infection générale. » Et M. Golubow remarque que l'appendicite constitue, souvent une affection franchement épidémique, parmi les internes d'un collège, par exemple (5).

(1) Gilbert, *Traité de médecine*, t. V, p. 122.
(2) *Société médicale des hôpitaux*, 19 mars 1897.
(3) *Société médicale des hôpitaux*, 24 mars 1899.
(4) *Académie de médecine*, 26 février 1901.
(5) *Berlin. klin. Wochenschrifft*, 4 janvier 1897.

L'on conçoit facilement que le bacille de Pfeiffer puisse se fixer sur l'amygdale intestinale, c'est-à-dire l'appendice, comme il se fixe sur l'amygdale pharyngienne. D'ailleurs l'association de l'angine et de l'appendicite est très nette dans beaucoup d'observations, M. Lejars (1) en rapporte un certain nombre pour montrer que l'amygdalite est l'inoculation première. Il est possible que, selon l'opinion de Kretz, les microbes originaires du foyer amygdalien soient charriés jusque dans l'intestin et provoquent ainsi l'infection d'un appendice prédisposé. Mais Lejars croit plutôt à une infection à distance par voie sanguine. « N'a-t-on pas vu, dit-il, l'appendicite succéder à d'autres infections lointaines, à la pneumonie, par exemple ? » Les relations étiologiques entre la pneumonie et l'appendicite sont assez démontrées, M. H. J. Vetlesen les soutient par un certain nombre d'observations dans lesquelles l'appendicite ou bien compliqua la pneumonie (2 cas), ou bien lui succéda à plus ou moins courte échéance. Cet auteur fait remarquer que le pneumocoque est après le bacterium coli commune le microorganisme qu'on rencontre le plus fréquemment dans les exsudats appendiculaires (2). M. J. Ferrier rapporte l'autopsie d'un sujet mort de pneumonie chez qui il découvrit une appendicite méconnue pendant la vie. L'appendice contenait deux cuillères à café de pus ; pas d'adhérences, pas d'exsudat péritonéal ; le pus était très riche en *pneumocoques* associés au coli-bacille.

Au sujet de cette appendicite méconnue et de l'absence de lésions péritonéales, nous rappelons la loi, énoncée

(1) *Semaine médicale*, 1904, p. 202.
(2) *Norsk Mag. for Lœgevidenskaben*, décembre 1905.

par Tripier, d'après laquelle l'affection d'un viscère abdominal ne se manifeste pas si le péritoine n'est pas atteint. Dans le cas cité, le péritoine ne semblait en effet nullement lésé, ce qui explique la latence de l'appendicite. A côté de la pathogénie de la *crise appendiculaire*, MM. Tripier et Paviot (1) distinguent la pathogénie de l'*appendicite* proprement dite qui peut exister sans donner lieu à aucune manifestation symptomatique. Cette appendicite proprement dite doit reconnaître le plus souvent une origine infectieuse générale, comme la plupart des lésions de l'intestin. Ces auteurs rappellent comme exemple d'une infection ayant déterminé un foyer secondaire de même nature sur l'appendice le cas de Gambetta : la plaie fistuleuse produite sur la main et l'avant-bras par une balle de revolver était à peine cicatrisée que déjà apparaissaient les signes de l'appendicite.

M. Simonin (2) signale une série de cas d'angines infectieuses, de scarlatines, d'érysipèles, de grippe, d'oreillons, de rougeole, de variole, suivis d'une inflammation de l'appendice iléo-cæcal. Le streptocoque était l'agent le plus fréquent de ces appendicites par infection générale. M. Karrenstein (3), s'appuyant sur des statistiques, trouve que l'appendicite est plus ou moins fréquente suivant la fréquence plus ou moins grande des maladies infectieuses, grippe, amygdalites, etc. Gigon (4) divise les causes de l'appendicite d'origine cæcale en deux chapitres : 1° les

(1) *Semaine médicale*, 1899, p. 73.
(2) *Soc. méd. des hôp.*, 27 décembre 1901.
(3) *Deutsche medezinische Wochenschrifft*, 9 août 1906.
(4) Gigon, Thèse de Paris, 1900.

appendicites par propagation d'une lésion cæcale : entérites de toute nature, fièvre typhoïde ; 2° les appendicites provenant d'une *infection sanguine* ayant d'abord frappé le cæcum : fièvre éruptive, angine, grippe, etc.

Ces exemples prouvent suffisamment que les deux affections que nous étudions peuvent être l'effet d'une cause générale, d'une infection agissant par l'intermédiaire de la voie sanguine.

Il ne semble pas que la veine porte puisse être considérée comme une voie susceptible de transporter des infections de l'appendice à la vésicule. En fait de complications hépatiques de l'appendicite la veine porte peut surtout donner lieu à des abcès du foie.

Le système nerveux peut-il être le lieu d'une relation entre l'appendice et la vésicule ? Cela est possible. Il nous suffit de rappeler la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse signalée plus haut. Chez un prédisposé, chez un neuro-arthritique, un *réflexe* à point de départ vésiculaire peut déterminer l'entéro-colite muco-membraneuse qui, elle, pourra donner lieu à une appendicite. La vésicule dans ce cas est analogue à une zone hystérogène dont l'excitation provoque la névrose intestinale, l'entéropathie muco-membraneuse. De même l'appendice peut être le point de départ d'un réflexe dont la résultante sera l'entéro-colite et celle-ci pourra retentir sur la vésicule comme nous l'avons montré.

Enfin la cholélithiase et l'appendicite ont des *causes prédisposantes* communes, d'une part, la diathèse neuro-arthritique ; d'autre part, le régime alimentaire carné.

M. Dufourt (de Vichy) rapporte deux observations de

lithiase biliaire manifestement due à la suralimentation et à l'abus du régime carné. Sous l'influence de ce régime « la bile devient plus abondante, mais aussi plus riche en matière colorante ; la bilirubine, s'il y a excès de chaux, se précipitera d'autant plus facilement pour former ces noyaux qui sont le point de départ habituel des concrétions » (1). M. Lucas-Championnière fait une remarque analogue au sujet de l'appendicite (2). L'appendicite même lorsqu'elle est due à la grippe, se développe avec une fréquence particulière dans les pays où l'on consomme le plus de viande.

L'influence du régime alimentaire sur l'état de l'appendice n'est peut-être pas seulement une influence générale, d'ordre diathésique, mais une influence beaucoup plus directe, car Wiliam Mac Even (2) démontre que le cæcum et l'*appendice* ont des fonctions bien définies dans la digestion intestinale et que, si ces fonctions sont troublées, il peut y avoir une véritable indigestion cæcale qui doit jouer un certain rôle dans l'étiologie de l'appendicite. Le régime carné ne peut-il suffire à déterminer le trouble de ces fonctions et bientôt des altérations organiques ?

Nous nous sommes étendu un peu longuement sur l'étiologie de l'appendicite et de la cholélithiase, afin de bien montrer les causes communes à ces deux affections et de nous permettre de voir si l'association des deux affections est possible. Cela paraît évident, car une même

(1) *Presse médicale*, 1902, p. 497.
(2) *Académie de médecine*, 19 février 1901 et 5 juillet 1904.
(3) *The Canadian Practitioner and Review*, janvier 1905.

cause morbide peut produire simultanément les altérations de deux organes différents.

Il nous reste, et c'est la partie principale de ce travail, à voir si l'association cholélithiase-appendicite non seulement est possible, mais si elle est réalisée en clinique.

CHAPITRE II

ASSOCIATION DES DEUX MALADIES : CHOLÉLITHIASE ET APPENDICITE. — PATHOGÉNIE DE CETTE ASSOCIATION.

Les considérations précédentes nous amènent à penser, *à priori*, que cholélithiase et appendicite doivent se trouver fréquemment associées. Ceci du moins est une hypothèse qui demande à être vérifiée par la clinique.

Or le fait est certain cliniquement : on voit évoluer chez un même sujet non seulement les deux syndromes, mais les deux maladies simultanément, ou bien successivement mais avec un intervalle assez petit pour qu'il apparaisse une relation entre les deux.

M. A. Becker (1) étudie les combinaisons de l'appendicite et de la cholélithiase qu'il regarde comme peu fréquentes, car il n'en a pu rassembler que 34 exemples auxquels il joint 5 observations inédites du professeur Muller : 24 fois on a trouvé des calculs dans la vésicule ou dans les canaux (cystique, hépatique ou cholédoque) ou encore libres dans un abcès ; ailleurs, il n'y avait que des adhérences anciennes de péricholécystite. Du côté de l'appendice on trouva toute la série des lésions de l'appendicite chronique, parfois même l'appendicite gangréneuse. Dieulafoy, contrairement à Becker, considère cette association

(1) *Deutsche Zeitschrifft f. Chirurgie*, LXVI, 3-4.

comme assez fréquente et en rapporte un certain nombre d'observations soit personnelles, soit recueillies chez différents auteurs (1).

Ce qu'il y a de certain c'est que cette association existe ; elle n'est pas une coexistence fortuite, et il est intéressant d'étudier la pathogénie de ces deux affections associées

La genèse des deux maladies peut se produire et s'expliquer de diverses manières.

Ou bien cholélithiase et appendicite sont toutes deux sous la dépendance d'une cause plus ou moins générale, commune, extrinsèque aux deux organes et la pathogénie s'explique alors par l'action des causes morbides que nous avons signalées dans le chapitre précédent, pouvant retentir à la fois sur la vésicule et sur l'appendice : fièvre typhoïde, entéro-colite, toute infection intestinale et les infections générales. Nous n'y revenons pas, nous étant suffisamment étendu sur ces affections causales de cholélithiase et d'appendicite. Il nous suffit de faire la remarque que, pouvant produire ces deux effets chacun isolément elles peuvent les produire simultanément ou successivement.

Ou bien la lésion primitivement localisée à l'un des diverticules retentit sur l'autre. Alors tantôt le point de départ de la double affection est vésiculaire, tantôt il est appendiculaire. Les observations suivantes démontrent très nettement la succession de ces phénomènes.

(1) Dieulafoy, Etude sur l'association de l'appendicite et de la cholécystite avec ou sans péritonite, *Presse médicale*, 17 juin 1903.

Observation IV

Riedel. — *Langenbeck's Archiv*, 47 Bd. S. 178 (in Becker).

Cholécysto-appendicite. — Intervention incomplète. Les douleurs persistent.

Femme de 50 ans ; a souffert pendant dix-sept ans de coliques avec vomissements ; ces coliques furent prises tantôt pour des calculs biliaires, tantôt pour un rein mobile, tantôt pour une douleur nerveuse ; puis elle éprouva de nouveau une forte douleur du côté droit du bassin ; l'examen ne révéla rien, mais à l'opération Riedel trouva une grosse vésicule biliaire adhérente à l'épiploon et à l'intestin contenant du pus et un gros calcul.

Comme la situation était devenue critique par l'écoulement du pus, Riedel renonça à l'exploration de la région inférieure du ventre ; ce n'est que deux mois plus tard, quand les anciennes douleurs eurent fait leur apparition qu'il enleva l'appendice : il était complètement soudé au cæcum et la pointe était épaissie en forme de massue. Cet appendice était fortement ratatiné, ses parois étaient épaissies et sa cavité contenait un peu de sécrétion catarrhale. La malade fut débarrassée de ses douleurs.

Observation V

Clinique Czerny-Bruns. — *Beitr. z. klin. Chir.*, 23 Bd. S. 749 u. 21 Bd. S. 538 (in Becker).

Cholécysto-appendicite. — Intervention incomplète. Les douleurs persistent.

Homme âgé de 46 ans. Depuis un an et demi il souffrait environ toutes les deux ou trois semaines d'attaques douloureuses qui se répétaient souvent dans la région de l'estomac, et qui s'accompagnaient de météorisme exagéré, de fièvre élevée, et souvent de vomissements qui duraient des journées entières. La résistance que l'on sentait dans la région de la vésicule biliaire faisait supposer qu'il y avait là une tumeur (carcinome) de cette vésicule avec de la cholélithiase.

La vésicule biliaire adhérente au péritoine pariétal et au côlon transverse, contenait deux calculs ; le cystique en contenait un. Le malade ne se sentit pas dans la possibilité de reprendre son travail après l'opération. Il se plaignait d'une fatigue légère, de douleurs tiraillantes dans la cicatrice et de pesanteur d'estomac.

Après vingt et un mois il fut opéré une deuxième fois pour un gros abcès périty phlique couleur jus de fumier ; il y avait cinq jours qu'il était de nouveau souffrant, avec fièvre, vomissements et violente douleur dans la région hypogastrique. On n'incisa que l'abcès ; l'appendice n'a pas été enlevé.

Observation VI

Observation inédite, personnelle, recueillie dans le service du Dr Rousseau, *chirurgien de l'hôpital Péan.— Coliques hépatiques et appendicite.*

L. F..., 20 ans, a été prise en 1903 d'une première crise de foie, qui a débuté le soir deux heures après dîner par des coliques surtout à droite, puis douleurs hépatiques comparées par la malade à des brûlures, avec gêne respiratoire. Pas de douleurs dans l'épaule. Durée de la crise : 7 à 8 heures. Elle fut diagnostiquée colique hépatique par le médecin qui ordonna de l'eau de Vichy, du lait, des pilules de bile de bœuf.

Quelque temps après apparition de rhumatismes.

Au début de 1905, la malade est prise dans l'après-midi d'une douleur au niveau de la région hépatique avec irradiations dans l'épaule droite et gêne respiratoire. Durée : 5 à 6 jours. Pas d'ictère. Le médecin diagnostique encore cette fois colique hépatique et institue le même traitement que précédemment.

En décembre 1905, la malade ressent brusquement dans l'après-midi une douleur dans la fosse iliaque droite, sans vomissements ni troubles intestinaux. Cette douleur persiste pendant 4 jours. Cependant la malade n'interrompt pas son travail, elle ne se soigne pas et tout disparaît spontanément.

En mai 1906, apparition dans l'après-midi d'une douleur brusque

et plus violente que les autres fois, en demi-ceinture au niveau du rebord des fausses côtes droites et avec irradiation intense à l'épaule droite. Dyspnée causée par la douleur. La malade reste couchée pendant 8 jours. Le médecin diagnostique colique hépatique. Même traitement que les autres fois, et compresses humides chaudes sur la région hépatique. Le 8e jour la malade se lève pendant une journée ; le soir elle est reprise d'une douleur brusque, violente, aiguë, avec paroxysmes, dans la fosse iliaque droite. Le diagnostic d'appendicite est posé par le médecin qui fait mettre des compresses humides sur la région douloureuse. Pas de vomissements, ni de diarrhée, plutôt de la constipation. Persistance des douleurs pendant 5 jours.

La malade vient à la suite de cela à la consultation de l'hôpital Péan. Le Dr Rousseau diagnostique appendicite. Le point de Mac Burney est peu douloureux à ce moment-là. La malade ne ressent plus rien jusqu'à son entrée à l'hôpital Péan le 21 juin 1906.

Opération, le 9 juillet 1906.— Ablation de l'appendice. Celui-ci est sclérosé et présente vers son extrémité un point enflammé rougeâtre. Le cæcum est tapissé de membranes, d'adhérences : péritonite péricæcale. L'incision ne remonte pas assez haut pour nous permettre de voir l'état de la région immédiatement sous-hépatique.

A cause de la péritonite, on laisse une mèche pour drainer.

10 *juillet*. — La malade se plaint de son ventre.

11. — On retire la mèche. Les téguments ont une teinte subictérique ; la région vésiculaire est douloureuse à la pression.

Les jours suivants tout rentre dans l'ordre.

Dans l'article précédemment cité, le professeur Dieulafoy rapporte des observations d'association de cholécystite et d'appendicite que nous tenons à résumer.

I. — Une observation personnelle : Syndrome cholélithiasique suivi du syndrome appendiculaire. Opération : une traînée d'exsudats agglutinaient entre eux la vésicule, le côlon, le cæcum et l'appendice. Appendicite et cholécystite calculeuse. Vésicule abaissée et appendice remontant.

II. — Autre observation personnelle : Cholécystite d'abord, appendicite ensuite. Opération : appendicite et cholécystite purulente sans calculs, avec péritonite.

III. — Cas de Grant : Cholécystite d'abord, perforée ; appendicite ensuite, perforée également. Péritonite. Opération : mort.

IV. — Cas de Quénu : Coliques hépatiques d'abord, appendicite ensuite. Opération : péricholécystite ; calculs dans la vésicule.

M. Dieulafoy résume ensuite quelques cas choisis parmi une trentaine réunis par A. Becker dans le *Deutsche Zeitschrifft f. Chirurgie* (janvier 1903), et les divise en deux groupes :

1er groupe : L'appendicite paraît avoir précédé la cholécystite : 2 cas de Kehr.

2e groupe : La cholécystite a précédé l'appendicite (cas beaucoup plus nombreux) : 5 cas de Muller.

M. Dieulafoy conclut que dans la majorité des cas l'infection est descendante, la cholécystite provoque l'appendicite.

Aux cas cités par M. Dieulafoy nous pouvons joindre l'observation suivante inédite (due à l'obligeance de notre ami Besnard, élève de M. Routier), dans laquelle l'affection appendiculaire semble bien être la première en date.

Observation VII

Appendicite et cholélithiase.

Mme X..., âgée de 51 ans, sans antécédents morbides, entre à l'hôpital Necker dans le service de M. Routier le 19 février 1907, souffrant beaucoup du côté droit de l'abdomen. Elle a eu, vers le

1er février, des vomissements abondants, mais sans douleurs, et qui ont disparu rapidement. Le 17 février, apparition de violentes douleurs abdominales avec vomissements alimentaires, puis bilieux. Température : 40°. La malade entre à l'hôpital dans un état très alarmant. A ce moment la température est de 38°2, le pouls petit et rapide. A l'examen de l'abdomen, on constate de la douleur et de la contracture dans tout le côté droit. Une palpation attentive permet cependant de délimiter un gros plastron s'étendant de l'hypocondre jusque dans la fosse iliaque, mais ne dépassant pas la ligne médiane. Le maximum de la douleur se trouve au niveau du point de Mac Burney. La douleur est aussi particulièrement vive au niveau du bord externe du grand droit. Repos et glace sur le ventre, diète hydrique. Les jours suivants, le plastron tend à se limiter peu à peu, et l'on constate qu'après une semaine environ le ventre est redevenu souple au niveau de la région appendiculaire, tandis que l'induration persiste dans l'hypocondre droit où le palper bimanuel délimite une masse volumineuse qui bombe beaucoup plus en avant que dans la région lombaire. Cette masse est peu douloureuse, immobile et fluctuante. On pense qu'il s'agit de la vésicule biliaire distendue. La malade n'a jamais eu de coliques hépatiques et ne présente pas d'ictère. Il n'y a dans l'urine ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires. Après quatre semaines d'apyrexie, la tumeur ne rétrocédant pas, on décide d'intervenir.

Opération, le 21 mars 1907. — Laparotomie latérale le long du bord externe du grand droit. Ablation de l'appendice rouge, congestionné et rempli de matières fécales. On arrive, en prolongeant l'incision vers le haut, sur la vésicule biliaire distendue, adhérente au foie. On ponctionne la vésicule à l'aide de l'appareil de Potain, en ayant soin de protéger le péritoine et l'on extrait ainsi 60 grammes de liquide muco-purulent. Dissection de la vésicule ; cholécystectomie. On trouve un calcul dans le canal cystique. Drainage des voies biliaires.

Suites normales.

Nous avons rapproché dans une première série des ob-

servations où manifestement le début est cholécystique. Nous en avons rapporté ensuite où il est nettement appendiculaire. Il peut cependant se rencontrer des cas où l'on ne saurait dire quel est l'organe primitivement lésé. L'observation suivante en est un exemple :

Observation VIII

Laplace (Philadelphie). — *Americ. Assoc. The J. of the*, octobre 1901.

Diagnostic porté : Cholécystite. — Laparotomie. Cholécystostomie. — Examen de l'appendice. Découverte d'une appendicite inconnue. Prosphysectomie. Guérison.

Un jeune Italien, cultivateur, âgé de 25 ans, en convalescence de fièvre typhoïde, a éprouvé brusquement des douleurs sourdes au niveau de la région sous-hépatique droite, avec ictère, mais sans élévation de température. Il avait souvent entendu parler d'appendicite et se croyait atteint de cette affection. Les symptômes étaient nettement limités à la région de la vésicule biliaire. Dans la fosse iliaque droite il y a un empâtement diffus.

Constipation. Etant donné la persistance des douleurs et de l'ictère, on pense à une cholécystite calculeuse. On fait une incision exploratrice au niveau de la région vésiculaire. On trouve la vésicule très distendue. Cholécystostomie. Il sort une grande quantité de pus. Comme on avait promis au malade d'explorer la région de l'appendice, on fait une incision exploratrice à ce niveau : à la surprise générale on trouve ainsi le siège réel de l'affection. L'appendice était gangrené, baignait dans un liquide purulent et certainement la péritonite eût été fatale sans l'intervention. On enlève l'appendice, on draine la région. Cholécystite et appendicite furent ainsi guéries du même coup.

Nous considérerons d'abord le mode de propagation de l'affection lorsque le début est vésiculaire.

Quelle que soit l'étiologie de la cholélithiase, qu'elle soit la conséquence d'une phlegmasie locale, selon la théorie pathogénique de Naunyn, ou qu'elle soit liée seulement à des troubles profonds de la nutrition générale, ou qu'elle résulte à la fois de la pénétration des micro-organismes dans les voies biliaires et d'une diathèse, elle ne donne lieu à un syndrome douloureux, au syndrome « colique hépatique » que lorsqu'il y a *péricholécystite*, comme l'ont démontré MM. Tripier et Paviot par des examens anatomo-pathologiques : « *Les affections des viscères abdominaux ne donnent lieu à des crises douloureuses que lorsque le péritoine qui les entoure est intéressé par un processus inflammatoire aigu ou subaigu.* A la même loi obéit la prétendue *colique hépatique* (1). »

M. A. Mac Laren (2) rapporte qu'il a soigné un grand nombre de malades atteints de violentes coliques hépatiques, chez lesquels, soit dans les selles, soit dans les voies biliaires au cours des interventions qu'il a dû pratiquer, il n'a jamais réussi à trouver un calcul. Par contre dans tous les cas, la vésicule biliaire était enflammée, avec des parois épaissies, fréquemment adhérentes aux organes voisins. L'auteur pense que les symptômes présentés par les malades était dus à une cholécystite et non à l'évacuation d'un calcul.

Le processus de l'association cholélithiase-appendicite semble donc, dans certains cas, débuter par la cholécystite

(1) Tripier et Paviot, *La péritonite sous-hépatique-d'origine vésiculaire*, p. 23.

(2) *Annals of Surgery*, avril 1900.

pour aboutir à l'appendicite en passant par les stades suivants :

Péricholécystite ;

Péritonite sous-hépatique ;

Périappendicite ;

Appendicite.

Ce processus n'est pas simplement théorique, il n'est pas une vue de l'esprit plus ou moins séduisante. Il suffit pour s'en convaincre de remarquer dans les observations citées plus haut la présence de lésions de péritonite englobant et unissant vésicule et appendice et tapissant le cæcum, et de se reporter aux rapports nécropsiques de MM. Tripier et Paviot (*La péritonite sous-hépatique*, ch. II). Ces auteurs montrent quelles sont les dispositions les plus communes des brides et adhérences qui ont une origine vésiculaire et se disséminent et se propagent vers les points déclives : cæcum, *appendice*, petit bassin. Les infections de la vésicule biliaire commandent la péritonite sous-hépatique, la périty phlite, la périappendicite, et l'appendice ne s'altère qu'à la suite ; il n'est pour rien à l'origine dans l'inflammation péritonéale. Ce processus inflammatoire est dû d'une part aux rapports du cæcum avec la région sous-hépatique, d'autre part à la fixité du cæcum et de l'appendice, l'immobilité d'un organe l'exposant davantage à une atteinte inflammatoire. Quant à la « pleurésie appendiculaire » de M. Dieulafoy, elle n'aurait d'autre origine que la « pleurésie biliaire » de MM. Gilbert et Lereboullet et se confondrait avec elle. Leur origine commune serait la péritonite sous-hépatique.

M. Dieulafoy soutient (*loc. cit.*) avec raison que dans la

majorité des cas l'infection est descendante, que la cholécystite provoque l'appendicite. Mais il est des cas assez nombreux aussi où c'est l'appendicite qui débute. Les deux observations de Kehr rapportées par Dieulafoy le montrent bien, et l'observation de la malade du service de M. Routier rapportée plus haut est nette sur ce point (Obs. VII). La malade n'avait *jamais eu de coliques hépatiques*. L'on ne voit pas pourquoi l'infection ascendante allant de l'appendice vers la vésicule serait impossible, pourquoi serait impossible par l'intermédiaire du péritoine la propagation inverse de celle qui semble bien prouvée pour l'association à début vésiculaire. L'appendicite, infection des parois de l'appendice d'origine intestinale ou sanguine peut provoquer une réaction péritonéale de voisinage, laquelle peut remonter le long du cæcum et gagner la région sous-hépatique.

Appendicite ;
Périappendicite ;
Péritonite sous-hépatique ;
Péricholécystite ;
Cholécystite.

Telle est la marche que doit suivre l'inflammation.

D'ailleurs, la corrélation de l'appendicite et de l'annexite est indéniable. Celle de l'appendicite et de la cholécystite a les mêmes raisons d'exister. Si l'appendice est voisin des annexes, il n'est pas éloigné non plus (surtout dans certaines variétés anatomiques) de la vésicule biliaire.

Comme mode pathogénique de la succession appendicite-cholécystite rappelons que, d'après les expériences de MM. Soupault et Jouaust, et, comme l'a soutenu M. Ri-

chelot, un réflexe d'origine appendiculaire est susceptible de provoquer une entéro-colite, laquelle pourra provoquer la cholélithiase. Enfin rappelons aussi que si la pyléphlébite d'origine appendiculaire donne lieu à l'infection hépatique, aux abcès du foie, les cellules hépatiques sont une barrière très efficace contre l'infection. Cependant, suivant le professeur Dieulafoy, les appendicites retentissent fréquemment sur le foie et les voies biliaires : la *cholécystite* et l'angiocholite sont souvent les conséquences de l'infection et de l'intoxication d'origine appendiculaire.

En somme, il semble que la pathogénie défendue par MM. Tripier et Paviot soit celle qui, dans la majorité des cas explique l'association des deux affections d'une manière satisfaisante et conforme à la plupart des observations anatomo-pathologiques. D'autant que c'est cette pathogénie qui seule peut nous donner l'explication des faits que nous allons exposer dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

ASSOCIATION DU SYNDROME CHOLÉCYSTIQUE ET DU SYNDROME APPENDICULAIRE.

Il ne s'agit plus ici de l'association de l'appendicite et d'une lésion vésiculaire, mais de l'association des deux syndromes appendiculaire et cholécystique, qui ne correspondent pas nécessairement aux lésions organiques qui normalement semblent indispensables pour les déterminer. Nous arrivons en effet à considérer des cas dans lesquels le syndrome cholécystique peut être accompagné ou précédé ou suivi dans un court laps de temps du syndrome appendiculaire avec disparition assez rapide de ce dernier, pour que l'on soit amené à penser qu'en pareille circonstance il n'y a eu réellement au point de vue essentiel qu'une cholécystite et que les manifestations appendiculaires ont été trompeuses ou tellement fugaces qu'elles sont sans importance. Cependant ces manifestations ne se produisent pas sans cause et quelque momentanée, quelque passagère que soit cette cause, il est intéressant de la rechercher.

Mais avant de nous arrêter aux cas d'association des deux syndromes nous tenons à mentionner les causes de confusion entre ces deux syndromes.

Le point de Mac Burney peut être plus élevé que de

coutume et alors l'attention est dirigée vers le foie ; on met la dyspepsie sur le compte d'une cholécystite calculeuse alors qu'il s'agit de dyspepsie appendiculaire (1).

Cholécystite basse ou appendicite haute sont facilement confondues, car la vésicule peut descendre jusqu'au contact du cæcum et l'appendice remonter jusqu'au foie.

M. Barnsby (2) communique l'observation d'une femme présentant une tumeur volumineuse sensible à la palpation, fluctuante, occupant la fosse iliaque droite, descendant au-dessous de l'épine iliaque, séparée du foie par une zone de sonorité. Troubles gastro-intestinaux : aucun symptôme fonctionnel du côté des voies biliaires. Le diagnostic fut « abcès appendiculaire » avec réserve en faveur de la cholécystite suppurée par suite d'une douleur très vive provoquée par la palpation sous la face inférieure du foie. L'opération démontra qu'il s'agissait d'une vésicule biliaire surdistendue, adhérente au cæcum en bas et au côlon ascendant en dedans, dont on retira 700 grammes de pus et 294 petits calculs polyédriques.

A rapprocher de ce cas celui de Roux (3), dans lequel on crut à l'existence d'une appendicite alors que l'appendice était dans la fosse iliaque gauche et qu'il s'agissait d'une suppuration de la vésicule biliaire.

M. Reynès (de Marseille) (4) rapporte un cas de lithiase biliaire prise pour une appendicite. Il existait une douleur

(1) Longuet, *Semaine médicale*, 1902, p. 187.

(2) *XV^e Congrès français de chirurgie*, octobre 1902.

(3) *XIII^e Congrès de chirurgie*, octobre 1899.

(4) *XIII^e Congrès international des sciences médicales.* Paris, août 1900.

vive à la pression au point de Mac Burney. La laparotomie montra une vésicule biliaire remplie de calculs et tout à fait inaccessible à cause d'adhérences nombreuses. M. L. Bernard relate l'observation d'une femme de soixante-neuf ans qui fut prise en pleine santé de phénomènes que l'on crut devoir rattacher à une appendicite. On opéra d'urgence et l'on constata qu'en réalité il s'agissait d'une cholécystite calculeuse avec péricholécystite suppurée sans appendicite. Guérison.

Citons enfin une observation où le diagnostic au contraire fut cholécystite, alors que la vésicule était saine et que l'appendice était perforé.

Observation IX

Kennedy. — *New-York med. Journal*, 1902.

Diagnostic porté : Cholécystite. — Laparotomie. Ouverture d'une collection purulente. Vésicule saine. Recherche, examen et résection de l'appendice perforé. Guérison.

K..., âgé de 24 ans, a présenté plusieurs accès pris pour coliques hépatiques, qui duraient un jour ou deux, puis disparaissaient.

Quand je le vis il souffrait de douleurs violentes dans l'abdomen, à peine calmées par des injections sous-cutanées de morphine à haute dose. La température oscillait depuis le commencement de la crise entre 38°3 et 39°.

Vomissements bilieux très fréquents ; pas d'ictère. L'expression de la face traduisait une grande souffrance.

A l'examen, on observe un ballonnement général de l'abdomen, une douleur très vive à la pression. Cette douleur est spécialement localisée vers le bord inférieur du lobe droit du foie. On note en ce point une tuméfaction bien limitée. On trouve également un point très douloureux un peu au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. On se base sur les antécédents antérieurs de lithiase pour

porter le diagnostic probable de collection développée autour de la vésicule biliaire.

Opération. — Deux jours après le début de l'accès.

On repère les lignes d'incision classique des interventions pratiquées sur l'appendice et la vésicule et on fait l'incision à égale distance entre ces deux points, de façon à pouvoir ainsi prolonger l'incision en haut ou en bas suivant les cas. A l'ouverture de la cavité péritonéale jaillit un flot de pus et le doigt introduit dans la direction de la vésicule biliaire ne permet d'observer rien de particulier qu'une vaste collection purulente. On agrandit alors l'incision des deux côtés, on met à nu la vésicule qui est saine. On va alors à la recherche de l'appendice. Celui-ci est altéré, présente une perforation à sa base et dans sa cavité une grosse concrétion. On sectionne l'appendice à sa base. La cavité pelvienne est également remplie de pus.

Lavage de la cavité péritonéale avec la solution salée normale, drainage à la fois dans la région du flanc et dans la région pelvienne, par des tubes de caoutchouc et des mèches de gaze iodoformée. Guérison.

Péraire (1) a observé une appendicite dans laquelle le patient avait eu avec des troubles digestifs sans fièvre une contracture localisée et très vive siégeant exactement au niveau de la vésicule biliaire et simulant une colique hépatique. Cette contracture très probablement d'origine appendiculaire nous fait songer aux phénomènes d'entéro-colite à point de départ appendiculaire dont nous avons dit un mot au chapitre précédent. Au reste, la douleur *habituelle* de l'entéro-colite muco-membraneuse peut simuler la douleur vésiculaire non seulement par son siège, mais par son exaspération qui survient le plus souvent 2 ou 3 heures après les repas, comme la colique hépatique.

(1) *XVI^e Congrès de chirurgie*, 23 octobre 1903.

Au cours de la colite le foie peut être douloureux ; l'on peut provoquer une douleur très vive en comprimant sa face inférieure au niveau de la vésicule biliaire. Il peut arriver que le maximum de la douleur siège au niveau du point de Mac Burney ; alors le diagnostic d'appendicite sera posé. Nombre de malades ont été opérés victimes d'erreurs de diagnostic de ce genre. Vouzelle (1) cite l'observation suivante : Mlle L..., 19 ans, constitution vigoureuse. Nervosisme peu marqué. A toujours été mal réglée. Colite muco-membraneuse remontant à deux ans environ ; constipation habituelle, rejet de muco-membranes, etc. Point douloureux constant au niveau de l'angle du côlon à gauche ; point douloureux au niveau de l'angle droit du côlon. Point douloureux au niveau du cæcum existant seulement au moment des crises et pouvant faire croire à l'appendicite.

Froussard (2) rapporte des observations d'entéro-colite à *type hépatique* et à *type de typhlite*. Ces phénomènes d'entéralgie localisée qui se rencontrent dans l'entéro-colite donnent lieu aux deux syndromes qui nous intéressent alors qu'en réalité ni la vésicule, ni l'appendice ne sont touchés. Cette douleur qui simule les paroxysmes hépatiques et appendiculaires peut être soulagée comme la douleur de la colique hépatique par une pression douce et large. Aussi le diagnostic entre l'entéralgie de la colite et la colique hépatique est difficile lorsqu'il s'agit de formes frustes de la colique hépatique. On voit même dans la colite des symptômes qui semblent caractéristiques du

(1) Vouzelle, Thèse de Paris, 1899.
(2) Froussard, Thèse de Paris, 1900.

syndrome cholélithiasique, comme dans l'observation X de la thèse de Froussard : « Parfois au cours de ces crises (d'entéralgie), il se produit un point douloureux au niveau de l'angle de l'omoplate droite, et ce point douloureux s'exagère à l'occasion de tous les mouvements d'ampliation du thorax, il disparaît avec la fin de la crise ». De même entre l'appendicite et la colite le diagnostic offre certaines difficultés, d'autant plus que l'appendicite procédant de la colite est une forme simple ou subaiguë ; cependant dans l'appendicite la douleur est plus nettement localisée au point de Mac Burney ; il y a de l'hyperesthésie cutanée, de la défense musculaire, de la submatité. Dans la colite le ventre est souple, flasque, et la douleur est plus diffuse.

La péritonite chronique peut être l'effet de l'entéro-colite muco-membraneuse et donner lieu aussi à des symptômes d'appendicite (1).

Il résulte de tous ces faits que nous avons passés en revue qu'entre cholélithiase ou cholécystite et appendicite il y a place pour de sérieuses hésitations et pour des erreurs de diagnostic. Mais y a-t-il toujours à proprement parler erreur de diagnostic? N'y a-t-il rien de réel sous le syndrome qui à l'examen semble correspondre à des lésions toutes différentes de celles dont il est habituellement la manifestation? Il y a lieu de se le demander lorsque l'on considère ces cas dont nous allons parler et qui ont primordialement inspiré le sujet de ce travail, cas dans lesquels les deux syndromes appendiculaire et cholécystique sont associés, mais où l'un des deux syndromes est très

(1) Brurnier, *Journal des Praticiens*, 10 février 1900.

passager, tandis que l'autre, le syndrome cholécystique ordinairement, reste prédominant.

Citons d'abord une observation où le diagnostic penchait plutôt vers la cholécystite.

Observation X

W. Keen. — *Philadelphia med. Soc.*, 1891.

Diagnostic douteux : appendicite ou cholécystite. — Laparotomie. Recherche et examen de la vésicule qui est jugée saine. Recherche sans résultat de l'appendice. Mort. Autopsie. Appendice perforé.

Une jeune femme de 30 ans est prise brusquement d'une violente douleur au-dessous du rebord costal droit. Le lendemain ou le surlendemain, un de ses enfants la heurte accidentellement dans cette même région, en produisant une vive souffrance. Cinq jours après, les douleurs deviennent extrêmement vives et la malade tombe dans un tel état de collapsus que son médecin crut qu'elle allait mourir.

Température : 36°. Une stimulation énergique la ranima, mais la douleur persista aussi intense. Une nouvelle crise de collapsus se produisit le huitième jour avec refroidissement des extrémités ; c'est alors que le Dr Keen fut appelé en consultation.

La cuisse était fléchie, le côté droit de l'abdomen extrêmement sensible, avec tension extrême des muscles ; le plus léger attouchement produisait une vive douleur. Du côté gauche, une pression modérée était bien supportée. La douleur siégeait exactement au-dessous du bord inférieur du foie, diminuant progressivement vers la fosse iliaque. Rien du côté de l'utérus et des annexes. On décida une laparotomie exploratrice pour le lendemain, le diagnostic hésitant entre une appendicite et une affection indéterminée du foie ou de la vésicule biliaire.

A l'ouverture de l'abdomen, on vit le bord gauche du foie adhérent au côlon par des adhérences récentes, et le péritoine pariétal fortement injecté à ce niveau.

La vésicule biliaire était normale. On ne put y découvrir aucune trace d'inflammation. La région iliaque droite et le cæcum ne présentaient aucune lésion, mais l'appendice ne put être trouvé. Il y avait une grande accumulation de sérosité dans le flanc droit. L'abdomen fut lavé à l'eau chaude et refermé sans qu'on eut pu découvrir la cause des accidents. La malade mourut quatre jours après l'opération.

L'autopsie montra une appendicite perforante. L'appendice long de 3 pouces remontait directement en arrière du cæcum et du côlon, appliqué contre les parois du gros intestin entre les deux lames du méso-côlon. Son extrémité était perforée et communiquait avec un petit abcès contenant à peine une cuillerée de pus mélangé de quelques matières fécales.

On constate, en somme, comme lésion anatomo-pathologique une lésion appendiculaire, mais contrairement au diagnostic il n'y a rien à la vésicule. Cependant le bord gauche du foie est uni au côlon par des adhérences récentes. Il y a là une réaction péritonéale et ce fait est important car c'est cette péritonite localisée qui peut expliquer, comme nous le verrons plus loin, l'existence du syndrome cholécystique.

Nous avons assisté en clientèle M. le Dr Rousseau, chirurgien de l'hôpital Péan, dans l'opération d'une malade de 68 ans ayant des antécédents cholélithiasiques et chez laquelle six mois auparavant M. Rousseau avait déjà fait le diagnostic d'appendicite. L'opération pratiquée le 23 février 1907 consista dans l'ablation de l'appendice qui semblait sain macroscopiquement. Par contre, la vésicule était perdue dans une masse d'adhérences qui s'étendaient également sur le côlon ascendant. Le foie était abaissé.

Cette dernière observation est un exemple de l'associa-

tion des deux syndromes, mais apparaissant successivement, la malade ayant eu plusieurs crises de coliques hépatiques avant d'avoir sa « crise appendiculaire » qui ne laisse pas de traces *dans l'appendice.*

M. le Dr Fiessinger a eu l'amabilité de nous rédiger de mémoire l'observation suivante prise dans sa clientèle, et signalée par M. Le Gendre dans le *Journal des Praticiens* :

Observation XI

Due à l'obligeance de M. le Dr Fiessinger, rédacteur en chef du *Journal des Praticiens.*

Péricholécystite avec syndrome appendiculaire.

Mme X..., 46 ans, a été atteinte à plusieurs reprises de coliques hépatiques suivies de subictère.

En novembre 1905, elle est prise de vomissements, de douleurs vives dans la région de la vésicule, avec irradiation vers la fosse iliaque droite. L'abdomen est ballonné et très douloureux. La douleur à la pression est intense dans la région vésiculaire et plus intense encore au point de Mac Burney.

Température : 39°8. Pouls : 100.

Diète hydrique.

Le lendemain la température est à 39°. M. Le Gendre appelé hésite et se demande s'il n'y a pas une appendicite. Cependant en raison des antécédents biliaires, on opine plutôt pour une péricholécystite.

Les jours suivants la température baisse progressivement pour retomber à la normale le 4e jour.

La malade va bien actuellement.

Il s'agit bien ici de l'association des deux syndromes appendiculaire et cholécystique apparaissant simultanément et après une série de coliques hépatiques.

La vésicule paraît nettement dans les observations précédentes être l'origine des lésions, c'est elle qui la première manifeste des phénomènes d'inflammation. Le syndrome cholécystique est le premier en date ; les antécédents cholélithiasiques sont parfaitement constatés. Il n'en est pas de même dans le cas suivant.

Observation XII (inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Le Gendre.

Syndrome appendiculaire et syndrome cholécystique.

M. Le Gendre est appelé par un confrère auprès d'une malade âgée de 50 ans, à la période de la ménopause, obèse, sujette à la constipation et avec de temps en temps un peu d'entéro-colite muco-membraneuse. Antécédents arthritiques. Cette femme est prise un soir de douleur subite dans la fosse iliaque droite : syndrome de Mac Burney. La malade est à peu près apyrétique. Le médecin appelé diagnostique un début d'appendicite et institue le traitement à la suite duquel l'accalmie se produit rapidement. Moins de 48 heures après, reprise des phénomènes douloureux, mais à localisation vésiculaire avec irradiations dans la région latérale hépatique et postérieure ; alors que le point de Mac Burney a disparu. Quelques heures après, apparition d'ictère conjonctival et de subictère de la face. Les urines prennent la teinte acajou.

Endolorissement persistant de la région hépatique.

Au bout de 2 ou 3 jours, disparition des différents symptômes.

Le médecin reconnaît avoir été trompé par les signes du début.

Ici, c'est le syndrome appendiculaire qui commence pour laisser place peu après au syndrome cholécystique. On trouve le même ordre de succession des syndromes dans l'observation suivante que nous avons prise étant dans le service de M. Le Gendre à Lariboisière :

Observation XIII

Syndromes cholécystique et appendiculaire associés.

Mme O..., âgée de 39 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 25 octobre 1905 pour des douleurs abdominales intenses.

Antécédents. — La malade a subi un curettage il y a 10 ans ; à part cela elle n'a jamais été malade, a toujours été bien réglée ; elle n'a jamais eu d'enfants.

Depuis deux mois la malade éprouvait immédiatement après chaque repas des crampes d'estomac durant deux heures environ.

Début de la maladie actuelle il y a 7 jours : la malade est prise de vertiges, de nausées, de vomissements glaireux ; le soir elle prend un œuf à la coque et le rend immédiatement, et depuis ce jour, la malade a rendu immédiatement tout ce qu'elle voulait absorber. Elle a eu aussi quelques vomissements bilieux. Pas de selles depuis le début.

Au troisième jour, la malade est prise de coliques. Son médecin lui fait prendre une limonade purgative qu'elle rend immédiatement, et ensuite des lavements de sulfate de soude avec sené qui provoquent des douleurs violentes dans l'abdomen, particulièrement accentuées du côté droit.

Nous voyons la malade le soir de son entrée à l'hôpital, à la contre-visite. Elle présente à ce moment une douleur diffuse dans tout l'abdomen, mais avec maximum au point de Mac Burney. Par le toucher vaginal nous constatons que la pression est douloureuse au niveau du cul-de-sac latéral droit. La malade n'a remis ni selles, ni gaz depuis cinq jours.

Température : 38°. Pouls : 88.

Glace sur le ventre.

Le lendemain matin, 26 octobre, la malade nous apprend qu'elle a remis des gaz à plusieurs reprises pendant la nuit.

Elle a eu des vomissements glaireux.

On constate que la douleur au point de Mac Burney est calmée et que la douleur diffuse de l'abdomen est très diminuée. La pression détermine particulièrement une douleur vive au niveau du foie et de

la vésicule. Les conjonctives et les téguments ont une légère teinte subictérique. La malade se plaint également de douleurs au niveau de l'épaule droite.

Les urines contiennent des pigments biliaires.

27 *octobre*. — Hier soir recrudescence des douleurs de la région hépatique avec irradiations vers l'épaule. Une piqûre de morphine est nécessaire.

Ce matin, persistance du syndrome cholécystique. Plus de douleur spontanée, mais douleur provoquée par la palpation au niveau de la région appendiculaire.

Pouls : 76, régulier.

La malade n'a pris qu'un verre de liquide et n'a uriné qu'une petite quantité d'une urine rougeâtre qui contient des pigments modifiés, mais pas de biliverdine.

Le ventre est plat ; il y a eu émission de gaz, mais pas de garde-robe.

On continue à maintenir la glace sur le ventre.

28. — La douleur de la région appendiculaire est moins intense à la pression. Par contre, persistance de la douleur au niveau de la région hépatique.

Vomissements bilieux. Langue assez bonne.

Pouls : 80, régulier.

Urines dans les 24 heures : un demi-litre.

La malade se plaint de refroidissement surtout aux extrémités. On supprime la glace et on ordonne un suppositoire de glycérine.

29. — Malgré le suppositoire de glycérine, la malade n'a pas eu de selles, mais elle a remis beaucoup de gaz.

Urines : un demi-litre, foncées.

La malade a pris un quart de litre de lait.

Elle souffre continuellement dans la région hépatique et dans l'épaule droite et sa respiration est limitée par la douleur. Il ne reste plus qu'un simple endolorissement à la pression de la région appendiculaire.

On a fait une piqûre de morphine, mais la malade n'a pas dormi, la douleur n'ayant pas cessé.

Pouls : 80, régulier.

30. — Persistance de la douleur dans la région hépatique et des irradiations en arrière et dans l'épaule.

Au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, douleur vive due à une névralgie intercostale portant sur deux ou trois espaces.

Absence de selles. Urines : 1 litre. Pigments modifiés. Insomnie.

On constate de la mydriase due à la belladone, mais elle est plus accentuée à gauche qu'à droite. M. Le Gendre nous fait remarquer qu'il a déjà observé cette inégalité pupillaire dans certains états pathologiques douloureux du tube digestif et de ses annexes et en particulier dans un cas de colique hépatique.

31. — Pas de selles encore ; émission de gaz seulement. Urines : 1 litre ; pas d'albumine ; pigments modifiés. Persistance de l'inégalité pupillaire.

La malade n'a pas souffert de sa région hépatique sur laquelle on a mis des compresses humides chaudes. Elle a souffert seulement de sa névralgie.

Régime lacté.

1er *novembre*. — La malade a pris hier deux potages. Elle a eu une selle à la suite d'un lavement. La douleur persiste spontanée dans le dos, tandis qu'à la région hépatique seule persiste la douleur provoquée par la pression.

2. — La malade n'a pas souffert hier. On lui a mis du salicylate de méthyle au niveau de ses points névralgiques intercostaux. La pression de la région hépatique est à peine douloureuse.

Persistance de l'inégalité pupillaire.

Pas de garde-robe. Urines : 1 litre ; pigments biliaires modifiés. Elle a pris du lait, des œufs, du potage.

3. — La malade n'a pas souffert et a très bien dormi. Elle a eu hier une selle normale sans lavement.

Suites normales.

Dans cette observation le début est nettement appendiculaire, mais bientôt apparaît le syndrome cholécystique qui se superpose au syndrome appendiculaire et

persiste tandis que ce dernier peu à peu s'atténue jusqu'à disparaître complètement.

Notre maître, M. le Dr Le Gendre, reconnaît trois modes d'association des deux syndromes (1).

Dans une première catégorie de cas où les deux syndromes cholélithiasique et appendiculaire se sont succédé, le premier est tout à fait net et prédominant, et il est suivi dans l'espace de quelques heures à huit jours de l'apparition du syndrome appendiculaire.

Un deuxième mode d'association est l'apparition presque simultanée des deux syndromes dont les symptômes sont marqués de telle sorte qu'il est impossible de reconnaître quel est le syndrome prédominant.

Enfin un dernier mode est celui où le syndrome appendiculaire attire tout d'abord seul l'attention. « La malade accuse une douleur située dans la fosse iliaque droite, elle a des vomissements verdâtres ou même porracés, de la défense musculaire, de la température, plus ou moins de ballonnement du ventre, de la rétention des gaz. On s'arrête au diagnostic d'appendicite, surtout si on voit la malade à la lumière artificielle. Mais le lendemain au jour, on aperçoit une teinte subictérique ; les urines, de teinte acajou, contiennent du pigment biliaire vert ou brun rouge. On constate que non seulement il y a de la douleur iliaque, mais qu'il en existe dans la zone sous-hépatique, avec maximum net au point cystique. Dans certains cas même on sent une vésicule distendue, ou à son niveau une nappe rénitente d'induration diffuse. Alors un interroga-

(1) *Journal des Praticiens*, 17 mars 1906.

toire serré reconstitue des commémoratifs de dyspepsie à caractères spéciaux (fausses crampes d'estomac avec nausées pendant la première période des digestions, certaines irradiations douloureuses en demi-ceinture du côté droit ou vers le scapulum droit) ».

Ne croit-on pas relire la dernière observation que nous avons donnée ?

Quelle est l'interprétation pathogénique la plus satisfaisante que l'on puisse proposer de cette association ? Elle ne s'explique pas, suivant l'opinion exprimée par M. Comby, par ce que les symptômes appendiculaires peuvent être d'ordre purement réflexe comme la douleur abdominale ressentie par les enfants atteints de pneumonie ; elle ne s'explique pas non plus par une simple coïncidence fortuite. L'hypothèse la plus satisfaisante est celle qu'ont proposée MM. Tripier et Paviot et à laquelle se range M. Le Gendre. « Nous avions prouvé par le microscope, disent MM. Tripier et Paviot (1), que, sur un appendice enlevé à froid, loin de la crise légère, qui s'est calmée toute seule, il n'y avait que des vestiges de péritonite ancienne ; quand nous avons pu examiner histologiquement un appendice enlevé en pleine crise, à chaud, la lésion périappendiculaire avait les caractères de péritonite récente, riche en fibrine, en cellules rondes et en capillaires dilatés, mais un fait nous frappait, c'était l'intégrité de l'épithélium de la muqueuse, celle des glandes et des follicules, dans beaucoup de ces cas. On nous a opposé de vive voix, jamais dans des mémoires, il est

(1) *La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire*, p. 93.

vrai, la présence des anneaux scléreux étranglant l'appendice et les appendicites suppurées ou gangréneuses avec perforation. Nous avons toujours soutenu que les lésions de l'appendice scléreux et dilaté au-dessous de l'anneau, que ses perforations étaient secondaires à l'inflammation péritonéale. L'appendice subit le processus qui se passe autour de lui et dans la fosse iliaque droite. Le processus léger, adhésif et curable laissera l'appendice épaissi par les résidus péritonitiques de sa surface, des anneaux scléreux rétractiles pourront le déformer, l'étrangler même ; nous en avons vu avec de la rétention de mucus au-dessous de l'anneau, offrir toujours les mêmes signes de péritonite ancienne, mais la muqueuse ne présenter qu'une hyperplasie à peine accusée et manifestement secondaire. Le processus plus aigu laissera des exsudats plus abondants sans compromettre encore la paroi de l'appendice autrement qu'en surface. Quand ce même processus aura un caractère suppuratif, l'appendice plongeant dans ces exsudats suppurants y subira passivement le sort de tous les tissus en contact avec le foyer purulent, il pourra se perforer, mais secondairement, ou bien présenter des taches de sphacèle, etc. Enfin à un degré de plus, dans les cas où la péritonite qui l'environne a un caractère très septique ou gangréneux, perforé ou non, il sera encore accusé, et n'aura toujours fait que subir le processus qui l'entoure. Mais, processus venu d'ailleurs, nous l'affirmons catégoriquement, les résidus aux autopsies des formes légères de péritonite adhésive de la région sous-hépatique, du flanc droit et de la fosse iliaque du même c ôté, e prouvant surabondamment. Le jour où les chirurgiens ne renverse-

ront pas les rôles et voudront songer au cholécyste, même quand les manifestations péritonitiques seront plus bas vers l'appendice, on verra que toujours la vésicule biliaire est malade. Certains abcès sous-phréniques, certaines pleurésies ne seront plus rapportées à une infection appendiculaire remontante, mais celle-ci passera à un plan secondaire, et l'on restituera à la vésicule tous les méfaits dont on a accusé l'appendice. On ne parlera plus de « foie appendiculaire ».

Pour ces auteurs, comme nous l'avons déjà rapporté plus haut, la « crise appendiculaire » est produite par la péritonite périappendiculaire ne relevant pas d'une lésion de dedans en dehors de l'appendice. Alors cette lésion vient du dehors, elle vient du péritoine, elle est l'extension vers le bas de la péritonite sous-hépatique et celle-ci vient de la vésicule. De cette péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire MM. Tripier et Paviot décrivent les vestiges qu'ils ont trouvés aux autopsies. L'association des deux syndromes, mais avec disparition rapide de l'un d'eux, du syndrome appendiculaire se fait comme dans les cas relatés au chapitre III par les stades suivants de propagation inflammatoire :

Cholécystite ;

Péricholécystite ;

Péritonite sous-hépatique ;

Périappendicite.

Mais le processus s'arrête au stade périappendicite. En effet, le syndrome appendiculaire est passager ; il n'y a pas d'appendicite proprement dite, mais « crise appendiculaire », périappendicite seulement, qui ne laisse aucune

trace dans l'appendice lui-même. Ainsi la pathogénie du syndrome passager s'explique par une atteinte légère du péritoine périviscéral, sans atteinte du viscère sous-jacent, car celle-ci laisserait des lésions anatomiques plus durables et entraînerait la durée plus longue du syndrome, tandis que le péritoine étant la seule tunique sensible, il suffit d'une phlegmasie très légère et très passagère de ce dernier pour déterminer le syndrome.

La propagation s'arrête à la phase « périappendicite », de même qu'elle peut s'arrêter à la phase « péricholécystite ».

Les cas d'appendicite sans appendice, de persistance des douleurs après l'ablation de l'appendice, d'appendicite à gauche ne s'expliquent évidemment que par des phlegmasies, ou des brides ou adhérences du péritoine que MM. Tripier et Paviot considèrent comme étant toujours d'origine vésiculaire.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Dans les cas typiques le diagnostic entre la cholélithiase et l'appendicite est des plus faciles.

Mais il y a des cas où les syndromes ne sont pas aussi bien délimités, et où il est difficile de savoir si l'on est en présence d'une affection appendiculaire ou d'une affection vésiculaire. Il peut se faire que cette difficulté de diagnostic provienne ou bien de ce qu'il existe une variété anatomique, un déplacement du cæcum et de l'appendice vers le haut, de la vésicule vers le bas, ou bien aussi de ce que les deux syndromes se superposent. Dans ce dernier cas le diagnostic consiste à reconnaître la coexistence et la corrélation des deux affections.

Dans les cas où il y a anomalie de siège des organes, la confusion entre l'appendicite et la cholécystite est possible aux différentes phases et dans les différentes formes des deux affections, et il est important de rechercher les symptômes susceptibles de faire pencher le diagnostic d'un côté ou de l'autre.

Au début, dans la variété sous-hépatique de l'appendicite, la douleur peut être d'intensité variable avec maximum au-dessus du point de Mac Burney, vers l'épigastre. Cette localisation de la douleur n'est pas caractéristique

de l'appendicite. De temps en temps peuvent apparaître des crises aiguës : douleur brusque à droite, accompagnée de vomissements alimentaires ou bilieux. Mais la colique hépatique débute d'ordinaire 2 ou 3 heures après le repas et si elle présente, comme la variété sous-hépatique de l'appendicite, des irradiations épigastriques qui peuvent faire confondre ces deux affections, elle présente souvent en outre des irradiations dans l'épaule. On pourra de plus constater une augmentation de volume du foie, et il n'y aura plus place pour aucun doute si surviennent l'ictère et la coloration acajou de l'urine. Mais il n'y a pas à compter, surtout dès le début, sur l'apparition de ces derniers symptômes.

Appendicite chronique et cholécystite chronique. — Ces deux affections présentent un certain nombre de symptômes communs dus à ce que dans les deux cas il s'agit de péritonite : péritonite périvésiculaire adhésive, péritonite périappendiculaire adhésive. Ces symptômes étant les manifestations de la péritonite ne donnent pas une indication très précise sur le siège des lésions au niveau de l'un ou de l'autre organe. Ce sont des vomissements, souvent un peu de météorisme, de la fièvre pendant les crises, et une douleur plus vive, plus localisée à un endroit déterminé. Il faudra rechercher avec attention le point maximum de cette douleur, mais en se rappelant que dans certains cas la vésicule est atrophiée et impossible à reconnaître par la palpation, et que dans d'autres au contraire elle est dilatée et descendue vers la région appendiculaire où elle se trouve au milieu d'un foyer de péritonite localisée. C'est ainsi que des poussées intermittentes

de cholécystite ont pu être confondues avec l'appendicite à répétition ; il se trouve en effet que le maximum de sensibilité à la pression soit situé au sommet de la vésicule distendue et abaissée, c'est-à-dire près du point de Mac Burney.

Appendicite aiguë suppurée et cholécystite aiguë suppurée. — L'appendicite aiguë suppurée débute par une douleur irradiée, brusque, ayant son maximum au point de Mac Burney, et s'accompagnant d'hyperesthésie cutanée à ce niveau et de contracture musculaire de défense de la paroi abdominale. La palpation de la fosse iliaque droite donne la sensation d'un empâtement ou d'une tumeur. Les accidents péritonéaux qui s'accusent alors sont les mêmes que ceux qui ont pour point de départ la vésicule. D'ailleurs la cholécystite aiguë suppurée est la forme qui revêt le plus le masque de l'appendicite précisément à cause des symptômes péritonéaux et à cause de la rareté de l'ictère.

L'appendicite se distinguera par la localisation de la douleur et par la localisation du gâteau péritonéal qui est submat à la percussion. Mais le diagnostic sera presque impossible si l'abcès se manifeste autour de l'appendice dans le cas où celui-ci se trouve haut situé, ou bien à distance de l'appendice, au voisinage des voies biliaires. Pour voir si l'on est en présence d'une cholécystite, le signe le plus caractéristique à rechercher est l'existence d'une tumeur vésiculaire. Cette tumeur peut être très nette et circonscrite, ou au contraire être difficilement délimitée soit à cause de la défense de la paroi, soit à cause de la masse d'adhérences dans laquelle elle peut se trouver englobée.

Sauf ce cas d'adhérences péritonéales, la tumeur sera mobile et cette mobilité sera caractéristique de la tumeur vésiculaire si elle suit les mouvements du foie pendant le va-et-vient respiratoire ; non seulement on constatera ces mouvements de déplacement de haut en bas, mais on pourra imprimer aussi à la masse des mouvements de latéralité. La percussion devra ajouter une confirmation aux signes précédents, si elle permet de constater une augmentation de volume du foie qui dépasse en bas les fausses côtes, et une zone de matité sous-hépatique dessinant la forme de la tumeur et se continuant en haut avec la matité hépatique sans interposition d'une bande sonore. On cherchera à localiser d'une façon aussi précise que possible la douleur à la pression.

On s'aidera enfin des signes de présomption : de l'âge, des commémoratifs, se souvenant que la cholécystite apparaît plutôt à un âge avancé et plus fréquemment chez la femme et en interrogeant le malade ou son entourage sur les accès antérieurs, s'il y en a eu : crises de coliques hépatiques ou crises appendiculaires. « En somme, dit Dreyfus (1), les signes les plus importants pour le diagnostic de la cholécystite sont le siège maximum de la douleur à la pression et les caractères de la tumeur biliaire. Les commémoratifs, l'ictère, la notion étiologique, âge et sexe, seront d'une grande utilité. Les troubles digestifs sont fréquents dans les deux affections, mais la constipation semble être plus constante dans l'appendicite... Pour Jeannel, la recherche (2) de la tyrosine dans l'urine

(1) Dreyfus, Thèse de Lyon, 1902.
(2) Ou plus exactement *la présence*.

est un signe presque pathognomonique d'une lésion de l'appareil biliaire. »

Appendicite avec péritonite aiguë généralsée et cholécystite avec péritonite aiguë généralisée. — La péritonite généralisée est rare dans la cholécystite, elle est au contraire relativement fréquente dans l'appendicite.

Si la péritonite survient au cours d'une périappendicite, l'origine de cette péritonite est tout indiquée ; mais si la péritonite survient d'emblée, son origine peut être des plus difficiles et parfois impossible à découvrir, d'autant plus que dans la cholécystite le liquide purulent s'accumule dans la partie droite de l'abdomen et les phénomènes douloureux peuvent être plus intenses au niveau du point de Mac Burney.

On s'efforcera cependant de découvrir la lésion initiale en recherchant le point maximum de la douleur spontanée ou provoquée par la pression. Il n'y a pas d'autre signe actuel qui puisse aider au diagnostic, et, il faudra comme dans la forme précédente recourir aux commémoratifs : interroger le malade sur le siège primitif de la douleur et sur les crises antérieures. Cependant, pas plus que dans la forme précédente on ne se laissera influencer outre mesure par l'existence de tels ou tels accès antérieurs, car, nous l'avons vu et montré par des observations, la succession des deux syndromes est assez fréquemment réalisée, et plusieurs crises de coliques hépatiques peuvent être suivies un beau jour après un intervalle plus ou moins long d'une crise appendiculaire, cause de la péritonite. Le tableau clinique de cette péritonite est tel que les symptômes pathognomoniques de l'affection originelle ne viennent

pas s'imposer, absorbés qu'ils sont dans le syndrome péritonitique général immédiatement prédominant.

Là où le diagnostic est également embarrassant, c'est lorsque, comme nous l'avons indiqué, les deux syndromes se superposent, lorsque leurs symptômes se compénètrent, pour ainsi dire. Il faut dans ce cas reconnaître l'existence des deux syndromes, sinon des deux maladies et ne pas chercher de prime abord à exclure l'un des deux. Quelle est l'affection prédominante ? C'est parfois la seule question à laquelle on pourra répondre. Il faudra attendre quelques jours, quelques heures même seulement d'évolution pour être fixé sur le siège de la lésion la plus prononcée et la plus persistante, mais qu'importe au point de vue pratique, étant donné que le traitement d'attente sera le même dans les deux cas : colique hépatique ou appendicite.

S'il semble urgent d'intervenir, la laparotomie qui devra être curative sera d'abord exploratrice ; elle permettra d'examiner à la fois la vésicule et l'appendice. Mais elle ne devra pas être pratiquée avant que l'on ne se soit assuré qu'il s'agit bien d'accidents menaçants et en particulier d'appendicite, puisque cette affection expose beaucoup plus que la cholécystite aux complications péritonéales graves. Il sera donc indispensable de bien explorer la région, de rechercher la localisation exacte de la douleur et de la tuméfaction tout en évitant des examens susceptibles d'aggraver les phénomènes inflammatoires. On ne négligera pas certains procédés spéciaux d'exploration, tel que le procédé indiqué par le Dr Kirby (de Harrison) : le malade est couché sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses et

celles-ci sur l'abdomen tandis que les pieds restent appuyés sur le plan du lit. Un aide maintient les membres inférieurs dans cette position. On place alors la pulpe des doigts sur l'endroit le plus sensible de l'abdomen, généralement le point de Mac Burney et l'on y exerce une pression lente, mais aussi énergique que le patient peut la supporter, et pendant ce temps avec l'autre main on procède à l'examen de la sensibilité des diverses parties de l'abdomen. S'il s'agit d'une inflammation de l'appendice cæcal, la paroi abdominale est beaucoup moins sensible à la pression pendant qu'on comprime ainsi le point de Mac Burney qu'elle ne l'était auparavant.

On ne négligera pas non plus le procédé si simple indiqué par le docteur K. Lewin (de Berlin). D'après lui, toutes les fois que dans un état inflammatoire aigu d'origine microbienne la chaleur exagère les douleurs, on se trouve en présence d'une suppuration ; quand les phénomènes douloureux cessent ou s'amendent notablement, c'est qu'il n'y a pas de pus. Sur 10 sujets atteints d'appendicite chez lesquels M. Lewin fit appliquer pendant une à deux heures des compresses chaudes sans recourir à l'usage interne des calmants, 8 accusèrent un soulagement considérable, tandis que les 2 autres éprouvèrent une exacerbation intense des douleurs. Chez les premiers, l'affection évolua spontanément vers la guérison dans l'espace de quinze jours à trois semaines. Par contre dans les 2 derniers cas, on fut obligé après essai infructueux de traitement médical (glace, opium) d'intervenir, et chez les deux patients, dont l'un ne tarda pas à succomber, on nota la présence de pus.

On conçoit l'intérêt de ces procédés de diagnostic, de ce dernier en particulier, dont aucun ne doit être laissé de côté, avant d'en venir à l'exploration par la laparotomie qui comporte toujours certains risques, d'autant plus qu'il est tout à fait inutile d'ouvrir le ventre si l'on se trouve en présence d'un de ces cas de « crise appendiculaire », périappendicite passagère sans appendicite proprement dite, que le repos, le froid, la diète et quelques calmants suffisent à faire disparaître en quelques jours.

Mais lorsqu'il ne s'agit pas seulement de l'association des deux syndromes, mais de l'accouplement des deux infections appendiculaire et vésiculaire, le diagnostic est de la plus haute importance au point de vue thérapeutique. « Certes l'infection de la vésicule ne manque pas de gravité, mais l'infection de l'appendice est bien plus redoutable. Méconnaître l'appendicite et se cantonner sur le terrain de la cholécystite est une erreur à tous les points de vue préjudiciable, car elle peut fausser l'indication thérapeutique. On croit alors avoir tout le temps de combattre l'infection de la vésicule biliaire, on temporise, et, pendant ce temps là l'appendicite qu'on a méconnue peut marcher rapidement avec son cortège d'accidents toxi-infectieux avec ou sans péritonite, avec ou sans gangrène, avec ou sans perforation, et la vie du malade est compromise par la double ou par la triple infection, faute d'avoir agi à temps » (Dieulafoy).

CHAPITRE V

PROPHYLAXIE ET THÉRAPEUTIQUE

I. — Prophylaxie.

Il y a une prophylaxie de la cholélithiase et de l'appendicite. Elle doit être basée sur la connaissance des causes que nous avons signalées précédemment, causes tant prédisposantes que déterminantes communes à ces deux affections. De plus le traitement de l'une des deux, de la cholélithiase, sera préventif de l'autre, de l'appendicite, étant données les relations qu'ont entre eux vésicule et appendice.

L'hygiène de l'intestin devra être particulièrement surveillée chez les cholélithiasiques. Chez ces sujets, on veillera à l'évacuation régulière de l'intestin et l'on aura recours au besoin aux laxatifs, ainsi qu'aux antiseptiques intestinaux : salol, benzonaphtol, calomel, et de temps en temps aux purgatifs.

Le régime alimentaire consistera surtout en légumes verts, viandes sans graisse, fruits (parmi les moins sucrés), lait et fromages frais. On évitera le sucre et les féculents, sauf la pomme de terre qui pourra remplacer le pain ; pas de graisses et peu d'œufs. Comme boisson, du vin avec de l'eau d'Evian. Eau de Vichy.

Deux fois par semaine on fera prendre le matin à jeun un verre à Bordeaux d'huile d'olives.

Saison à Vichy, Carlsbad, ou Châtel-Guyon.

On pourra deux fois par an pendant 25 jours prendre chaque matin entre les deux déjeûners, par demi-verre de demi-heure en demi-heure, une bouteille d'eau de Vittel (Source salée).

Au sujet du traitement préventif des coliques hépatiques à répétition, M. Chauffard (1) déclare que, si le traitement chirurgical procure une guérison *actuelle* complète, ce n'est pas une guérison définitive et que seul le traitement médical a une action sur la *maladie lithogène*. Ce traitement doit être assez prolongé et les médicaments les plus aptes à prévenir les accès de coliques hépatiques sont le salicylate de soude, le benzoate de soude et l'huile de Harlem.

Après s'être assuré de l'intégrité du filtre rénal, M. Chauffard donne de 1 à 2 grammes par jour de salicylate de soude et autant de benzoate de soude pris en 2 à 4 cachets, au moment des repas. Souvent aussi il y adjoint 1 à 2 grammes de sel de Carlsbad. Ce traitement est continué dix à vingt jours par mois suivant la gravité et le nombre des crises et la durée plus ou moins longue des rémissions obtenues ; et cela pendant des mois, parfois même pendant plus d'un an. C'est au prix de cette persévérance que la cessation des crises sera obtenue et confirmée. De plus, tous les 8 à 10 jours, M. Chauffard fait prendre deux perles d'huile de Harlem dans la soirée.

(1) *Semaine médicale*, 1901, p. 1.

Le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse fait partie de la prophylaxie de la cholélithiase et de l'appendicite. A part l'entéroclyse avec la douche d'Esmarch, la belladone et l'opium contre la douleur et quelques autres indications thérapeutiques spéciales à cette affection intestinale, le traitement général de l'entéro-colite se confond avec le traitement général du neuro-arthritisme.

Cette diathèse semble prédisposer l'organisme non seulement à l'entéro-colite, mais à la cholélithiase et même à l'appendicite. L'appendicite est rare à la campagne ; elle est au contraire beaucoup plus fréquente dans les villes, de même que dans les villes sont beaucoup plus nombreux les neuro-arthritiques, les gens à profession sédentaire, à travail intellectuel intense. Là aussi, les préoccupations de la vie sont plus pressantes, et plus développé le régime alimentaire carné. Toutes ces conditions sont particulièrement favorisantes aussi de la cholélithiase et de l'entéro-colite qui font partie du groupe morbide du neuro-arthritisme.

Donc, par-dessus tout, c'est le régime anti-arthritique qui constituera le moyen préventif le plus éloigné mais aussi le plus logique de l'appendicite et de la cholélithiase. Régime alimentaire d'où seront exclus la charcuterie, le gibier, les viandes avancées, les crustacés. Pas de tabac, ni d'alcool ; seulement aux repas du vin blanc avec de l'eau d'Evian additionnée de benzoate de lithine. Genre de vie : vie au grand air, pas de sédentarité, exercices physiques. Tous les matins lotion froide suivie de friction sèche et de massage de tout le corps. L'hydrothérapie chaude sera préférable à l'hydrothérapie froide dans certains cas con-

tre le nervosisme. — Le traitement médicamenteux beaucoup moins important que le traitement par les moyens physiques ne passera qu'en seconde ligne et ne sera institué qu'en présence de manifestations arthritiques plus accusées.

On n'oubliera pas que la suralimentation dans la tuberculose, comme la suralimentation qu'entraîne l'appétit du sujet pendant la convalescence de certaines maladies, de la dothiénentérie entre autres, est loin d'être complètement étrangère à l'apparition de la lithiase biliaire et de l'appendicite, comme le prouvent les observations de Dufourt (de Vichy) déjà signalées (ch. I).

II. — **Thérapeutique.**

C'est ici que s'affirme l'importance du diagnostic différentiel et qu'il faut, comme le dit Dieulafoy, ne pas méconnaître l'appendicite pour se cantonner sur le terrain de la cholécystite et perdre ainsi un temps précieux. Si la cholécystite, en effet, dans la plupart des cas permet la temporisation, l'appendicite souvent expose aux plus graves complications, à la péritonite, à la perforation. De façon réciproque, le diagnostic bien établi empêchera qu'en présence d'une cholécystite avec péritonite sous-hépatique et syndrome appendiculaire on ne s'empresse de faire une laparotomie inutile, d'opérer une appendicite qui n'existe pas.

En présence d'une cholécystite aiguë suppurée et d'une appendicite aiguë suppurée l'intervention s'impose : évacuation du pus et drainage du foyer de suppuration.

Cholécystite et appendicite avec péritonite généralisée réclament également l'intervention chirurgicale, car le malade abandonné à lui-même est perdu sans conteste. Il faut alors rechercher l'appendice et la vésicule afin de juger de l'état de chacun de ces organes. Pour cela il faudra avoir recours à un procédé opératoire permettant de les atteindre tous deux à la fois.

« On pourra adopter le procédé de Lawson-Tait que l'on prolongera assez bas ; l'incision sera faite le long du muscle droit.

« Si l'on veut plus de jour dans la région iléo-cæcale on pourra ajouter à l'incision de Lawson-Tait l'incision de Roux.

« Un autre procédé, le meilleur peut-être, est l'incision en S allongé, préconisé par Arthur Dean Beven pour les affections du foie ; cette incision donne à la fois un grand jour sur la région de la vésicule et sur la région iléo-cæcale. C'est une incision verticale le long du bord externe du droit, avec incision oblique en haut et en dedans à l'extrémité supérieure, une incision oblique en bas et en dehors à l'extrémité inférieure de la première (1). »

Si la cholécystite et l'appendicite s'accompagnent seulement de péritonite localisée, ce qui est le cas le plus normal, puisqu'il n'y a pas de cholécystite et d'appendicite manifestes sans atteinte du péritoine, deux cas peuvent se présenter. Si, après avoir institué le traitement médical pendant 24 à 36 heures, la tuméfaction s'accroît ou reste stationnaire, il faut intervenir en ayant soin d'ex-

(1) Pujos, Thèse de Paris, 1902, p. 40.

plorer la vésicule et l'appendice. Si au contraire les symptômes généraux sont satisfaisants, s'il n'y a pas de discordance entre le pouls et la température on peut attendre et attendre à la rigueur un à deux mois pour opérer. En attendant, tout en surveillant de très près, on continuera pendant la phase aiguë le traitement médical qui est le traitement de la péritonite aiguë reposant, comme l'indique le docteur Martinet d'après un article de la *Therapeutic Gazette* (1902), sur les deux grands principes suivants :

1° *Repos anatomique*, consistant dans l'immobilité qui est recherchée par le malade lui-même ;

2° *Repos physiologique*, ayant pour but d'éviter tout péristaltisme et obtenu par les moyens suivants :

a) Pas d'alimentation ni de liquides par voie stomacale ;

b) Interdiction au malade de se lever ;

c) Quatre à cinq milligrammes de sulfate de morphine toutes les 2 ou 4 heures ;

d) Applications continues chaudes ou froides sur l'abdomen ;

e) Contre la soif : injections rectales ; humecter les lèvres ;

f) Pas de glace à l'intérieur. Nourrir le malade par le rectum avec des aliments liquides.

Le Dr R. Zollikofer (de Saint-Gall) dans l'appendicite aiguë fait chez certains malades jusqu'à 45 et 50 injections rectales en 3 semaines, de solution physiologique. Il injecte sous faible pression en 3 ou 4 fois deux litres de cette solution à 40°, le malade étant dans le décubitus dorsal. Ces injections calment la soif, diminuent la fréquence du

pouls, donnent aux urines les caractères normaux, calment les coliques, les vomissements et diminuent le météorisme. En même temps, il administre l'opium.

Le traitement médical est le traitement de choix des syndromes cholécystique et appendiculaire associés. Si, en effet, l'on est en présence d'une simple « crise appendiculaire », la laparotomie n'est pas nécessaire, elle est même inutile, car en quelques jours et même en quelques heures le syndrome rétrocède et disparaît sous l'influence du seul traitement médical. Il suffit de se reporter à certaines de nos observations (ch. III). L'on évite ainsi les risques auxquels expose toujours l'ouverture de la séreuse péritonéale.

Après la crise d'appendicite, comme après la crise de cholécystite calculeuse le traitement consiste surtout dans l'hygiène de l'intestin : entéroclyse, huile ou huile de ricin, régime surveillé, Châtel-Guyon.

Pour l'appendicite, on n'interviendra à froid que s'il reste de l'empâtement douloureux ou que s'il y a eu deux ou trois crises bien caractérisées.

Pour la cholélithiase on instituera le traitement de Chauffard (V. *suprà*, p. 75) contre la *maladie lithogène*, mais contre la présence actuelle des calculs surtout s'ils sont nombreux et volumineux il faudra ouvrir la vésicule pour les évacuer ; ce n'est qu'après cette cholécystotomie que doit venir la cure de Vichy. Cette cure a pour effet de produire une chasse biliaire intense qui entraînerait les calculs dans les canaux biliaires, et, les obstruant, provoquerait précisément ainsi les accidents que l'on prétend combattre. Elle ne doit donc être, du moins dans cer-

tains cas, que le complément, que l'achèvement de l'œuvre commencée par l'intervention chirurgicale, celle-ci ayant pour but d'extraire les calculs trop volumineux pour franchir les canaux biliaires et Vichy ayant pour but de fluidifier la bile et d'entraîner le sable biliaire.

Après la crise, comme pendant la crise, il faudra toujours opérer de façon à aborder les deux organes, vésicule et appendice, et ne pas négliger de libérer les adhérences péritonéales dont il est de tout intérêt d'empêcher la multiplication et l'organisation.

Le traitement du *syndrome cholécysto-appendiculaire* comporte aussi le traitement de la *péritonite sous-hépatique* d'origine vésiculaire. En premier lieu, et cela n'est autre que la prophylaxie de la péritonite elle-même, il faudra prévenir les infections de la vésicule et la formation des calculs.

Au moment de la *crise aiguë*, l'on devra instituer le traitement de la péritonite : repos anatomique et repos physiologique, etc. (V. *suprà*).

Dans l'intervalle des crises, il faudra faire de la révulsion sur l'hypocondre et la fosse iliaque ; et contre la constipation de grands lavages de l'intestin à 45°-48°.

Les troubles gastriques réclament une alimentation choisie produisant le moins possible de résidus intestinaux et de fermentations.

La plupart des malades se trouveront bien aussi de l'emploi d'une ceinture hypogastrique basse.

Les traitements de Vichy, de Plombières ou de Châtel-Guyon auront de bons effets, mais à condition d'être

toujours appliqués en dehors des périodes douloureuses de la maladie.

Quant à l'intervention chirurgicale, elle pourra être indiquée dans certains cas pour libérer des adhérences produisant des tiraillements, des ptoses, des obstructions. Elle sera indispensable dans la cholécystite suppurée avec péricholécystite, de même que dans le cas d'une collection purulente périappendiculaire. Elle pourra avoir pour but enfin d'évacuer la vésicule de ses calculs.

Dans les autres cas, il suffira de s'en tenir au traitement médical. Comme le dit M. Le Gendre (1), « dans ces cas, c'est la péritonite qu'il faut combattre, c'est la cholécystite qu'il faut guérir ; l'appendice, on peut le laisser tranquille pour cette fois ».

(1) *Journal des Praticiens*, 17 mars 1906.

CONCLUSIONS

I. — Il y a des causes pathologiques communes aux affections de la vésicule biliaire et de l'appendice.

II. — Cholécystite calculeuse ou non et appendicite peuvent se trouver associées sur le même sujet.

Cette association s'explique soit par l'action de causes communes, soit par la propagation de l'infection d'un des organes à l'autre, le plus habituellement par l'intermédiaire du péritoine.

III. — Il y a des cas où, les deux syndromes cholécystique et appendiculaire étant associés, l'un des deux, le syndrome appendiculaire, ne correspond pas à une appendicite vraie, mais à une poussée irritative périappendiculaire par propagation de la péritonite sous-hépatique, et disparaît très rapidement.

IV. — Il faut distinguer les cas où existe réellement une phlegmasie des deux organes pouvant réclamer une intervention rapide, et les cas où il s'agit simplement d'une poussée péritonéale, d'une « crise appendiculaire » sans appendicite, ne nécessitant pas la laparotomie.

Donc, dans les deux cas, il nous semble indiqué d'instituer d'abord le traitement médical qui souvent aura raison

du processus et de n'intervenir d'urgence que lorsque les indications sont formelles.

Vu :
Le Président de la Thèse,
A. JOFFROY.

Vu :
Le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Barnsby. — Cholécystite calculeuse suppurée prise pour abcès péri-appendiculaire. *XV^e Congrès français de chirurgie*, octobre 1902.

Bernard. — Cholécystite calculeuse prise pour une appendicite. *Société médicale des hôpitaux*, 10 novembre 1905.

Berthelin (**L.**). — Complications hépatiques de l'appendicite. Thèse de Paris, 1895.

Bezançon (**F.**). — Cholécystite éberthienne. *Soc. méd. des hôp.*, 29 novembre 1901.

Boivin (**L.**). — Le foie appendiculaire. Thèse de Paris 1906.

Championnière (**L.**). — Causes et prophylaxie de l'appendicite. *Académie de Médecine*, 19 février 1901 et 5 juillet 1904.

Chauffard. — Traitement médical préventif des coliques hépatiques à répétition. *Semaine médicale*, 1901, p. 1.

Delbeck (**S.**). — Des lésions de la vésicule biliaire dans la lithiase. Thèse de Paris, 1892.

Delbet (**Paul**).— Remarques sur 39 cas d'appendicite. *XIV^e Congrès de chirurgie*, octobre 1901.

Dieulafoy. — La pleurésie appendiculaire. *Acad. de méd.*, 10 avril 1900.

— Etude sur l'association de l'appendicite et de la cholécystite avec ou sans péritonite. *Presse médicale*, 17 juin 1903.

— Quantité de gens simplement atteints de typhlo-colite muco-membraneuse ou sableuse sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas. *Presse médicale*, 1906, n^os 43, 50 et 52.

Dieulafoy et **Reclus**. — Typhlo-colite et appendicite. *Acad. de méd.*, mai et juin 1906.

Dieulafoy. — *Manuel de Pathologie interne*.

Dreyfus. — Contribution à l'étude du diagnostic différentiel de l'appendicite et de la cholécystite. Thèse de Lyon, 1902.

Dufourt. — Influence du régime alimentaire sur la genèse de la lithiase biliaire. *Presse médicale*, 1902, n° 42.

Faisans. — Appendicite grippale. *Soc. méd. des hôp.*, 24 mars 1899.

Ferrier (**J.**). — Appendicite pneumococcique. *Soc. méd des hôp.*, 10 octobre 1902.

Français (R.). — Etude clinique et traitement de la lithiase du cholédoque. Thèse de Paris, 1906.

Froussard. — Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse. Thèse de Paris, 1900.

Galliard. — Cholécystite aiguë post-typhoïdique. *Soc. méd. des hôp.*, 17 novembre 1905.

Gigon. — De l'appendicite d'origine cæcale. Thèse de Paris, 1900.

Gilbert et **Dominici.** — Angiocholite et cholécystite typhiques expérimentales. *Soc. de biologie*, 23 décembre 1893.

— Angiocholite et cholécystite colibacillaires. *Soc de biologie*, 20 janvier 1894.

Gilbert et **Fournier.** — Fièvre typhoïde suivie de lithiase biliaire. *Soc. de biologie*, 21 juillet 1894.

— Angiocholite infectieuse oblitérante et cirrhose biliaire hypertrophique. *Soc. de biologie*, 10 juillet 1897.

— Lithiase biliaire expérimentale. *Soc. de biologie*, 30 octobre 1897.

Gilbert et **Girode.** — Cholécystite typhique purulente, puis calculeuse. *Soc. de biologie*, 2 décembre 1893.

Gilbert et **Lereboullet.** — De la pleurésie biliaire. *Soc. de biologie*, 9 et 16 novembre 1901.

Gilbert. — *Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert.

Girode. — Cholélithiase, péricholécystite : infection par bactérium-coli. *Soc. de biologie*, 5 mars 1892.

Golubow. — De l'appendicite considérée comme maladie infectieuse et épidémique. *Berlin. klin. Wochenschrifft*, 4 janvier 1897.

Grasset. — *Consultations médicales.*

Hertwig (O.). — *Traité d'embryologie.*

Hunter (W.). — Pathogénie de la cholélithiase. *Assoc. méd. britannique*, session août-septembre 1897 (*Semaine médicale*, 1897, p. 352).

Karrenstein. — L'appendicite est-elle plus fréquente chez l'homme que chez la femme? *Deutsche medizinische Wochenschrifft*, 9 août 1906.

Kelsch. — Infection générale et appendicite. *Acad. de méd.*, 26 février 1901.

Langenhagen (de). — Entéro-colite muco-membraneuse. *Semaine médicale*, 1898, p. 2.

Le Gendre.— Cholécystite éberthienne. *Soc. méd. des hôp.*, 6 décembre 1901.

— Syndromes cholélithiasique et appendiculaire. *Journal des Praticiens*, 17 mars 1906.

Lejars. — Angiocholécystite infectieuse à coli-bacille. *Soc. de chirurgie*, 17 mars 1897.

— Angine et appendicite. *Semaine médicale*, 1904, p. 202.
— Les cholécystites typhoïdiques suraïguës. *Semaine médicale*, 1906, p. 301.
— Appendicite ou fièvre typhoïde ? *Semaine médicale*, 1906, p. 517.
Longuet. — La dyspepsie appendiculaire et son traitement chirurgical. *Semaine médicale*, 1902, p. 185.
Mac Even (W.). — On the function of the cæcum and appendix. *The Canadian Practitioner and Review*, janvier 1905.
Mac Laren (A.). — Les rapports qui existent entre la cholécystite, l'ictère et les calculs biliaires. *Annals of Surgery*, avril 1900.
Martinet. — Traitement de la péritonite aiguë en particulier dans l'appendicite. *Presse médicale*, 1902, p. 437.
Mathieu. — Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse. *XIII^e^ Congrès international des sciences médicales*, août 1900.
Merklen. — Appendicite grippale. *Soc. méd. des hôp.*, 19 mars 1897.
Péraire. — De l'intervention dans les appendicites. *XVI^e^ Congrès de chirurgie*, octobre 1903.
Pujos (H.). — De l'examen systématique et de l'ablation de l'appendice au cours des laparotomies. Thèse de Paris, 1905.
Ramond. — Angiocholécystite à bacilles d'Eberth. *Soc. de biologie*, 9 janvier 1897.
Reclus. — Pathogénie de l'appendicite. *Soc. de chirurgie*, 9 décembre 1896.
— Traitement des appendicites. *Semaine médicale*, 1898, p. 209.
— Appendicite et typhlo-colite. *Presse médicale*, 1906, n^os^ 46 et 52.
Rendu. — Fièvre typhoïde simulant l'appendicite. *Semaine médicale*, 1901, p. 41.
Reynès. — Lithiase biliaire prise pour une appendicite ; cholécystostomie transhépatique. *XIII^e^ Congrès international des Sciences médicales*. Paris, août 1900.
Richelot. — Entéro-colite et appendicite. *Presse médicale*, 1906, n° 46.
Robin. — Appendicite et entéro-colite. *Acad. de méd.*, 13 avril 1897.
Routier. — Pathogénie de l'appendicite. *Soc. de chirurgie*, 30 décembre 1896.
Roux. — Diagnostic et traitement de l'appendicite. *XIII^e^ Congrès de chirurgie*, octobre 1899.
Schwartz. — Cholédocotomie pour calcul du cholédoque. *Soc. de chirurgie*, 10 juillet 1901.
Simonin. — Manifestations appendiculaires au cours de quelques maladies infectieuses. *Soc. méd. des hôp.*, 27 décembre 1901.
Soupault et Jouaust. — Pathogénie de l'entérite muco-membraneuse. *Soc. méd. des hôp.*, 4 mars 1904.

Stokes et **Amick.** — Appendicite typhoïdique primitive. *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, août 1905.

Terrier. — Traitement chirurgical des angiocholites et cholécystites infectieuses. *Congrès français de chirurgie*, 1895.

Tripier et **Paviot.** — L'appendicite par infection générale. *Semaine médicale*, 1899, p. 73.

— Pathogénie péritonitique de la crise appendiculaire. *Archives générales de médecine*, juillet 1899.

— Pathogénie péritonitique de la « colique hépatique » et des crises douloureuses épigastriques. *Sem. méd.*, 28 janvier 1903.

— La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire (*Encyclopédie* Léauté).

Tuffier. — Lithiase de la vésicule biliaire. *Soc. de chirurgie*, 27 mai 1896.

Vetlesen (**H. J.**). — Relations étiologiques et cliniques de l'appendicite et de la pneumonie. *Norks Mag. for Lægevidenskaben*, décembre 1905.

Vouzelle. — De la colite muco-membraneuse. Thèse de Paris, 1899.

Zollikofer. — Traitement de l'appendicite aiguë par les injections rectales de solution physiologique. *Sem. médicale*, 1906, p. 428.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Chapitre I. — Vésicule biliaire et appendice iléo-cæcal. — Connexions anatomiques et pathologiques.	11
Chapitre II. — Association des deux maladies : cholélithiase et appendicite. — Pathogénie de cette association.	36
Chapitre III. — Association du syndrome cholécystique et du syndrome appendiculaire.	48
Chapitre IV. — Diagnostic différentiel	66
Chapitre V. — Prophylaxie et thérapeutique	74
Conclusions	83
Bibliographie	85

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).